Białystok, ……………………

……………………………………

imię i nazwisko nauczyciela

……………………………………

nazwa katedry

**Prodziekan ds. Studenckich i Kształcenia WI PB  
Dr inż. Andrzej Chmielewski**

Proszę o wyrażenia zgody na przełożenie wymienionych niżej zajęć dydaktycznych.

Powód zmiany terminu zajęć jest następujący:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proponuję następujący harmonogram odpracowania zajęć:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nazwa, forma zajęć, rodzaj studiów, semestr | data, godz. i sala zajęć  wg rozkładu | data, godz. i sala  zajęć odpracowanych |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Studenci , których dotyczy zmiana terminu zajęć zostali zapoznani z harmonogramem zmiany zajęć.

…………………………………

Podpis Kierownika Katedry

…………………………….. podpis nauczyciela