Szczecin, dnia ………………………….….

………………………………………………………………

Nazwisko i imię pracownika, stopień / tytuł naukowy

………………………………………………………

Nazwa Instytutu

**Dziekan Wydziału Humanistycznego**

**dr hab. Krzysztof Nerlicki, prof. US**

**Informacja o odwołaniu/odrabianiu/zmianie terminu\* zajęć dydaktycznych/konsultacji \***

Informuję o odwołaniu / odrabianiu / zmianie terminu\* realizacji zajęć dydaktycznych / konsultacji\*. Szczegóły znajdują się w tabeli poniżej.

Nowy termin realizacji zajęć został ustalony/zostanie ustalony\* ze studentami.

Absencja spowodowana zwolnieniem lekarskim TAK/NIE\* w okresie od …………………………………………. do …………………………………………….

\* *niepotrzebne skreślić*

**Uwaga.**

* Wypełniony formularz – z tabelą włącznie - należy przesłać do pracownika Sekcji ds. Kształcenia obsługującego dany kierunek studiów; formularz należy wysłać w wersji edytowalnej, wyłącznie z adresu służbowego.
* W przypadku zwolnienia lekarskiego, ze względu na konieczność zorganizowania zastępstw, prowadzący zajęcia zobowiązany jest niezwłocznie poinformować o absencji pracownika Sekcji obsługującego dany kierunek studiów (mailowo lub telefonicznie), a pracownik Sekcji - koordynatora/koordynatorów kierunku oraz Dziekana*.*

 *Załącznik*

**Odwołanie/odrabianie/zmiana terminu\* zajęć dydaktycznych/konsultacji\***

Prowadzący: …………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kierunek****Poziom** (I / II)**Forma studiów** (stacj./niestacj.) | **Rok****Semestr****Grupa** | **Nazwa przedmiotu** | **Forma zajęć** | **według planu** | **po zmianie** |
| **Termin zajęć** **data / dzień tygodnia** | **godzina / online albo podać nr sali** | **Termin zajęć****data / dzień tygodnia**  | **godzina / online albo podać nr sali** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* *niepotrzebne skreślić*