**WNIOSEK O REALIZACJĘ ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH NA UMOWĘ ZLECENIE   
 / UMOWĘ NA ŚWIADCZENIE USŁUG EDUKACYJNYCH\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wnioskodawca (instytut):** | | **Koordynator kierunku:** |
| **Imię i nazwisko wykładowcy** |  | |
| **Stopień / tytuł naukowy** |  | |
| **Kontakt (podać nr tel. oraz e-mail)** |  | |
| **Rok akademicki** |  | |
| **Kierunek studiów (specjalność)** |  | |
| **Poziom studiów (I / II stopnia)** |  | |
| **Forma studiów (stacjonarne / niestacjonarne)** |  | |
| **Rok studiów** |  | |
| **Semestr (zimowy / letni)** |  | |
| **Nazwa przedmiotu** |  | |
| **Forma zajęć (wykład / ćwiczenia / konwersatoria / laboratoria)** |  | |
| **Liczba godzin w semestrze** |  | |
| **Liczba grup studenckich** |  | |
| **Całkowita liczba godzin zleconych** |  | |
| **Liczba studentów w danej grupie** |  | |
| **\*Proponowana stawka – jeżeli jest inna niż w Zarządzeniu Rektora 9/2020** |  | |

Uzasadnienie wniosku: ………………………………………………………………………………….

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Akceptacja zastępcy dyrektora Instytutu: | Akceptacja koordynatora kierunku: | Akceptacja dziekana: |

Data: ………………………….