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 …………………………………………….

\* *wpisać właściwe*

**UWAGA**

* **Wypełniony formularz – z tabelą włącznie - należy wysłać na dwa adresy:** **urszula.cichon@usz.edu.pl** **oraz** **monika.zarzycka@usz.edu.pl****; 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 ds. kształcenia obsługującego dany kierunek studiów (mailowo lub telefonicznie), a pracownik Sekcji - koordynatora/koordynatorów kierunku oraz Dziekana*.*

 *Załącznik*

**Odwołanie/odrabianie/zmiana terminu\* ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kierunek****Forma studiów** (stacj./niestacj.) | **Rok/Grupa** | **Nazwa przedmiotu** **(forma zajęć)** | **WEDŁUG PLANU ZAJĘĆ** | **PO ZMIANIE** |
| **Termin zajęć (data)**  | **godzina i nr sali**  | **Termin zajęć (data)** | **godzina i nr sali** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Odwołanie/odrabianie/zmiana terminu\* KONSULTACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WEDŁUG HARMONOGRAMU** | **PO ZMIANIE** |
| **Termin konsultacji - data** | **godzina i nr sali**  | **Termin konsultacji - data** | **godzina i nr sali**  |
|  |  |  |  |

*\* wpisać właściwe*