**Załącznik 1. do procedury** WEkon/O-II/5

**Wniosek**  o przełożenie terminu realizacji zajęć dydaktycznych

Szczecin, dnia ………………………….

**Prodziekan ds. studenckich**

**…………………………………………..**

 Proszę o wyrażenie zgody na jednorazowe/na stałe\* przełożenie terminu realizacji zajęć dydaktycznych z przedmiotu …………….………………………… prowadzonych na studiach stacjonarnych/niestacjonarnych\* pierwszego/drugiego\* stopnia, kierunek ……………………………………., rok ………….., semestr………. zima/lato\*, grupa ……………, forma zajęć\*: wykłady, ćwiczenia: audytoryjne, laboratoryjne, projektowe, terenowe, konwersatoryjne, seminaryjne.

**Uzasadnienie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………. ……………………………

podpis Kierownika Jednostki podpis Nauczyciela

…………………………………………………………………………….…………….. ……………………………

decyzja podpis Prodziekana

\*niepotrzebne skreślić