

FORMULARZ ODPRACOWANIA / PRZEŁOŻENIA* ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

Imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia

.....Estera Michaluk.....

okres nieobecności

.....25.03.2019.....

powód nieobecności

.....sprawy osobiste.....

forma zatrudnienia

um. o pracę / um. cywilna *
.....umowa cywilna.....

ZAJĘCIA WG PLANU							TERMIN ODPRACOWANIA / PRZEŁOŻENIA*				
Data	Dzień tygodnia	Godziny	Kierunek/Rok/tok/grupa	Przedmiot	Liczba godzin i typ zajęć	Sala	Data	Dzień tygodnia	Godziny	Liczba godzin i typ zajęć	Sala
25.03.2019	poniedziałek	8:00-9:40	fizjoterapia/I/C	biofizyka	2 laboratorium	107H	18.03.2019	poniedziałek	11:40-13:20	2 laboratorium	107H ⁴
DATA	12.03.2019					CZYTELNY PODPIS	Estera Michaluk				

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

Stwierdzam dostępność nal. 12. III. 2019
Michaluk