Szczecin, dnia ……………

Imię i Nazwisko

**Sz. P.**

**dr hab. Ewelina Cała-Wacinkiewicz, prof. US**

**Dziekan**

**Wydziału Prawa i Administracji**

**Uniwersytetu Szczecińskiego**

**WNIOSEK O PRZEŁOŻENIE/ODWOŁANIE ZAJĘĆ**

Proszę o wyrażenie zgody na zmianę terminu realizacji zajęć dydaktycznych   
z powodu\*:

* zwolnienie lekarskie
* urlop okolicznościowy
* urlop z tytułu opieki nad dzieckiem w wieku do lat 14
* urlop wypoczynkowy
* konferencja
* sympozjum
* wymiana naukowa
* wyjazd służbowy
* zdarzenie losowe

Zajęcia zostaną zrealizowane według poniższego harmonogramu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek  Poziom  Tryb studiów | Rok  Semestr  Grupa | Nazwa przedmiotu | Forma zajęć | Termin zajęć wg planu | Termin zajęć po zmianie |
| data/godzina/sala | data/godzina/sala |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

W przypadku zwolnienia lekarskiego:

1. Składam wniosek o wyznaczenie zastępstwa;
2. Nie składam wniosku o wyznaczenie zastępstwa. Zajęcia odrobię osobiście;
3. Nie dotyczy \*\*

…………………………………….

podpis Wnioskodawcy

Adnotacje Sekcji ds. Kształcenia:

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

**Zgoda Dziekana:** wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*\*

.......................................................... ...................................................

data podpis Dziekana

Wydziału Prawa i Administracji

\* odpowiednie zaznaczyć „X”

\*\* niepotrzebne skreślić