

POWIERZENIE ZAJĘĆ NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH poza pensum

Wrocław, dnia.....

pieczęć jednostki

Pan / Pani

funkcja

stanowisko

Powierzam Panu / Pani prowadzenie następujących zajęć dydaktycznych **poza pensum** w semestrze*w roku akademickim

Lp	Nazwa kursu** i numer zlecenia	Wydział	Nazwa studiów podyplomowych	Data	Godziny	Budynek	Sala	Liczba godzin						Stawka
								w	ć	l	p	s	dypl.	
Σ								0	0	0	0	0	0	
								0						

* określić kolejny semestr (1,2,3, ...)

** przy kursie praca końcowa proszę podać liczbę prac

Zapoznałem / - am się z rozkładem zajęć i przyjmuję do realizacji powierzone mi zajęcia dydaktyczne:.....

(podpis pracownika)

Stwierdzam wykonanie zajęć.....

(podpis pracownika)

(podpis dziekana / dyrektora studium lub osoby upoważnionej)

Uwagi: Powierzenie zajęć może być cofnięte w przypadku, gdy nie są spełnione liczebności grup, określone w "Zasadach zlecania zajęć dydaktycznych i rozliczania pensum".

.....

Sporządził