Wroclaw, dnia……

POWIERZENIE ZAJĘĆ NA KURSIE DOKSZT./ KURSIE DOKSZT. SPECJALNYM *

(dla nauczycieli akademickich PWr poza pensum dydaktycznym)

pieczęć jednostki org.

Pan / Pani ……

Powierzam Panu / Pani prowadzenie następujących zajęć dydaktycznych w semestrze zimowym / letnim* roku akademickiego…….…

Lp	Nazwa kursu* i numer zlecenia	Nazwa kursu/kursu specjalnego*	Data	Godziny	Budynek	Sala	Liczba godzin						Stawka
							w	ć	l	p	s	pr. końc.**	
							0	0	0	0	0	0	
						Σ	**0**						

*niepotrzebne skreslić

** przy przedmiocie "praca końcowa" proszę podać liczbę prac

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

(podpis osoby przyjmującej realizację zajęć)

Stwierdzam wykonanie zajęć ……

(podpis pracownika)

…….

(podpis kierownika jednostki org. lub osoby upoważnionej)

.....

Sporządził

2014-02-06