

Miesięczna karta realizacji przez nauczyciela akademickiego zajęć dydaktycznych w Instytucie
Uczelni Państwowej im. Szymona Szymonowica w Zamościu
Rok akademicki:

Imię i nazwisko nauczyciela akademickiego:

Miesiąc:

L.p.	Nazwa przedmiotu	Forma zajęć (W, Ćw., S, K, Zp)*	Realizacja zajęć dydaktycznych		Miejsce Nr sali/auli
			Data	Godziny realizacji zajęć (od ... do ...)	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
L.p.	Nazwa odwołanych zajęć dydaktycznych (przedmiot)	Forma odwołanych zajęć (W, ćw., S, K, Zp)*	Realizacja odwołanych zajęć dydaktycznych		Miejsce Nr sali/auli
			Data	Godziny realizacji odwołanych zajęć (od do)	

* W-wykład, Ćw-ćwiczenia, S-seminarium, K-konsultacje, Zp-zajęcia praktyczne

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż zawarte w tabeli dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
 podpis nauczyciela akademickiego

.....
 zapoznałem się: podpis bezpośredniego przełożonego

zatwierdzam: Prorektor