………………………………………………………………………………… Lublin, …………………………………………

*Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia:*

Instytut: …………………………………………………………………..

e-mail: ………………………………………………………………………

nr tel.: ……………………………………………………………………….

**Dziekan Wydziału Teologii KUL**

Uprzejmie proszę wyrażenie zgody na odpracowanie zajęć/przeniesienie zajęć/konsultacji na inny termin\* wg niżej podanego porządku.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA PRZEDMIOTU,****rodzaj zajęć (wykład, ćwiczenia, seminarium, inne)** | **KIERUNEK,****ROK STUDIÓW** | **Z DNIA****(data, dzień tyg., godzina)** | **Z SALI NR** | **NA DZIEŃ****(data, dzień tyg., godzina)** | **DO SALI NR \*\*** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Uzasadnienie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………………………………………………………..…*zgoda kierownika katedry/bezpośredniego przełożonego nauczyciela akademickiego* |  | ………………………………………………………………………………*data, podpis* |
|  |  |  |
| …………………………………………………………………….…………*potwierdzenie dostępności sal* |  | ………………………………………………………………………………*decyzja Dziekana* |

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) zgodnie z „e-kul-wolne sale”

**Wniosek należy złożyć minimum 14 dni przed zmianą terminu zajęć**