Gdynia, dnia ………………

………………………………………

(imię i nazwisko)

Instytut/Katedra\* …………………………

**Dyrektor Instytutu/Kierownik Katedry\***

………………………………………..

Wydział Nauk Humanistycznych i Społecznych

Akademia Marynarki Wojennej

Dotyczy: przeniesienia zajęć

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przeniesienie zajęć z dnia/dni …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………z grupą/grupami ……………………………………………………………………………………..…..

……………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa** | **Data zajęć odwołanych** | **Godziny lekcyjne** | **Data przeniesionych zajęć** | **Godziny lekcyjne** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

Zajęcia zostaną przeniesione w następujący sposób:

…………………………………

*(podpis mgr Anny Maciejewskiej)*

Termin/y ustalono

…………………………………

*(podpis nauczyciela akademickiego)*

Wyrażam zgodę

…………………………………

*(data i podpis dyrektora instytutu)*

\* niepotrzebne skreślić