...................................................................... Kielce, dn. ...................................................

(stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko pracownika)

**Dyrektor**

**Instytutu Edukacji Szkolnej**

Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę terminu odbywania zajęć dydaktycznych. Sprawa dotyczy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Specjalność, rok, stopień, tryb, nr grupy** | **Nazwa przedmiotu** | **Termin zajęć według planu** **(data, godzina, sala)** | **Proponowany termin realizacji zajęć****(data, godzina, sala)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uzasadnienie:** ......................................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................

...............................................................

*Weryfikacja przez pracownika administracyjnego Instytutu:* (podpis pracownika)

 **Decyzja Dyrektora Instytutu**