



# WYDZIAŁ NAUK O EDUKACJI

## UNIwersYTET W BIAŁYMSTOKU

15-328 Białystok, ul. Świerkowa 20  
www.noe.uwb.edu.pl

tel. 85 745 73 90 fax 85 745 73 95  
e-mail: noe.sekretariat@uwb.edu.pl

Nazwisko i imię.....

Jednostka Organizacyjna.....

Pensum:.....

Godziny ponadwymiarowe:.....

### I. Informuję, że poniższe zajęcia nie mogą być przeze mnie zrealizowane z powodu

.....  
.....

Nazwa przedmiotu	Kierunek i stopień studiów	Rok studiów	Termin (data, godzina, sala)

### II. W związku z powyższym (do wyboru)

a) zajęcia zostaną odpracowane:

Nazwa przedmiotu	Kierunek i stopień studiów	Rok studiów	Termin (data, godzina, sala)

b) zajęcia zostaną zrealizowane zgodnie z rozkładem przez:

Nazwa przedmiotu	Kierunek i stopień studiów	Rok studiów	Nazwisko i imię nauczyciela

Białystok, dnia.....

.....  
podpis