

.....
imię i nazwisko pracownika

.....
stanowisko

.....
jednostka organizacyjna

Potwierdzenie realizacji zajęć dydaktycznych w innym terminie

W zawiązku z odwołanymi zajęciami dydaktycznymi z powodu usprawiedliwionej nieobecności ¹⁾.....

.....
(proszę podać powód odwołania zajęć)

informuję, że zajęcia realizowałam(em) :

wg niżej zamieszczonej tabeli

Data odwołanych zajęć	
Liczba odwołanych godzin zajęć	
Informacja o realizacji odwołanych zajęć (forma, termin, sala itp..)
Liczba odpracowanych godzin zajęć	

.....
Podpis bezpośredniego przełożonego

.....
Podpis pracownika

1. Zarządzenie Rektora APS Nr 298/2020 Regulamin Pracy z dn. 13.12.20219 r § 52 ust.4
2. 1 godz. = 45 minut