Załącznik nr 2

**STUDIA STACJONARNE** UWAGA – w przypadku kilku grup proszę o OSOBNY harmonogram dla każdej grupy

**KOD GRUPY PRZEDMIOTU**:………………………………………………(wg kodu z USOS) ( w przypadku zajęć na UBP należy tylko wpisać UBP lub UBP-HES)

**NAZWA PRZEDMIOTU**: ………………………………………………………………

**NR GRUPY:………….**

**Nazwisko i imię koordynatora przedmiotu:……………………………………………………………………………………..**

**Termin prowadzenia zajęć: dzień tygodnia ………………………, godz. od …….. do……., liczba godzin lekcyjnych …………**

(NP. poniedziałek 8:00-10:15 (3 godz.))

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tydzień (nieparzysty/parzysty | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N |
| Nr tyg. (nieparzysty/ parzysty) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Numer prowadzonych zajęć |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data prowadzenia zajęć (dzień.miesiąc): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inicjały prowadzących (ewentualne godziny przypisane danej osobie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Czas trwania zajęć **X** (45 min) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr sali (lub on-line) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inicjały prowadzącego zajęcia | Nazwisko i imię prowadzącego zajęcia | Liczba godzin prowadzonych zajęć |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |