

Szczecin,

Instytut/Katedra/Zakład*:

*niepotrzebne skreślić

(imię i nazwisko pracownika)-----
(stanowisko)

Rektor
Uniwersytetu Szczecińskiego
 za pośrednictwem
 Dziekana Wydziału

I. Sprawozdanie z wykonania umowy na prowadzenie zajęć dydaktycznych nr
 w roku akademickim

Poziom studiów	Rodzaj studiów niestacj. (z lub w)	L.p.	Przedmiot	Kierunek/ wydział	Specjalność	Rok	sem. zimowy				sem. letni				Razem w ciągu roku		Nr subkonta na studiach samofinansujących	
							w		inne		w		inne		w	ć		
							liczba grup	liczba godz.	liczba grup	liczba godz.	liczba grup	liczba godz.	liczba grup	liczba godz.				
1. STUDIA STACJONARNE																		
I st.																0	0	
																0	0	
II st.																0	0	
																0	0	
j. st.																0	0	
m.																0	0	
III st.																0	0	
																0	0	
Razem							0	0		0	0				0	0		
Ogółem							0			0			0					
2. STUDIA NIESTACJONARNE w siedzibie uczelni																		
I st.																0	0	
																0	0	
II st.																0	0	
																0	0	
j. st.																0	0	
m.																0	0	
Razem							0	0		0	0				0	0		
Ogółem							0			0			0					

