

Częstochowa, dn.....

WYDZIAŁ

Instytut/Katedra/Zakład

Nazwisko i imię

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/y wyrażam/nie wyrażam zgody na powierzenie mi zajęć dydaktycznych w roku akademickim 2018/2019 w trybie art. 131 ust.2 ustawy z dnia 27 lipca 2005r. Prawo o szkolnictwie wyższym, w wymiarze przekraczającym o  $\frac{1}{4}$  \*)  $\frac{1}{2}$  \*) obowiązujący mnie roczny wymiar zajęć dydaktycznych.

.....  
Podpis pracownika.....  
Podpis dyrektora/Kierownika Instytutu/Katedry/Zakładu.....  
Podpis Dziekana

Częstochowa.....

\*) – niepotrzebne skreślić;  $\frac{1}{4}$  - dotyczy pracowników naukowo-dydaktycznych;  $\frac{1}{2}$  - dotyczy pracowników dydaktycznych

PROREKTOR ds. NAUCZANIA

prof. dr hab. inż. Tomasz Popławski