**UNIWERSYTET RZESZOWSKI** Rzeszów, dnia ………………………………………

Pan(i)

...........................................................................

 (tytuł/stopień naukowy/zawodowy, imię i nazwisko)

…………………………………………………………………

(stanowisko, jednostka organizacyjna)

**PRZYDZIAŁ CZYNNOŚCI (ANEKS\*) ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

**NA ROK AKADEMICKI ......../……..**

**I. STUDIA STACJONARNE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok,****kierunek** | **Przedmiot** | **Semestr zimowy** | **Semestr letni** | **Ogólna liczba w roku z harmonogramu studiów** | **Liczba godzin z uwzględnionym przelicznikiem** |
| **w** | **Inne formy zajęć** | **Liczba grup** | **w** | **Inne formy zajęć** | **Liczba grup** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie na studiach stacjonarnych** |  |

**II. STUDIA NIESTACJONARNE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok,****kierunek** | **Przedmiot** | **Semestr zimowy** | **Semestr letni** | **Ogólna liczba w roku z harmonogramu studiów** | **Liczba godzin z uwzględnionym przelicznikiem** |
| **w** | **Inne formy zajęć** | **Liczba grup** | **w** | **Inne formy zajęć** | **Liczba grup** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie na studiach niestacjonarnych** |  |

**III. KSZTAŁCENIE DOKTORANTÓW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok,****kierunek** | **Przedmiot** | **Semestr zimowy** | **Semestr letni** | **Ogólna liczba w roku z harmonogramu studiów** | **Liczba godzin z uwzględnionym przelicznikiem** |
| **w** | **Inne formy zajęć** | **Liczba grup** | **w** | **Inne formy zajęć** | **Liczba grup** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** |  |

**IV. INNE (np. seminaria otwarte, program Erasmus w ramach konsultacji)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rok,****kierunek** | **Przedmiot** | **Ogólna liczba w roku**  |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łącznie:** |  |

1. Wymiar rocznego pensum dydaktycznego: ……… godzin.
2. Łączna liczba godzin zajęć dydaktycznych powierzona do realizacji w roku akademickim ……../……..: ……….godzin.
3. Łączna liczba godzin zajęć dydaktycznych po uwzględnieniu przeliczników: ………… godzin.
4. Łączna liczba godzin, o którą zostało obniżone pensum dydaktyczne zgodnie z decyzją Rektora: ………… godzin.
5. Prognozowane niedociążenie dydaktyczne\*\*: …….…..godzin
6. Prognozowane godziny ponadwymiarowe:\*\* ………... godzin
7. Łączna liczba godzin zaliczona na poczet pensum z tytułu długotrwałej usprawiedliwionej nieobecności: …………….godzin.

*Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na prowadzenie zajęć dydaktycznych w roku akademickim ………./……... w ramach godzin ponadwymiarowych, przekraczającym:*

 *1) ¼ rocznego wymiaru zajęć dydaktycznych – dla pracownika badawczo – dydaktycznego*

*2) ½ rocznego wymiaru zajęć dydaktycznych – dla pracownika dydaktycznego*

**V. Inne zadania wspierające proces dydaktyczny, o których mowa w § 51 ust. 4 pkt 2 Regulaminu pracy UR: powierzone do realizacji w roku akademickim .……/..…..\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Inne zadania wspierające proces dydaktyczny** | **Liczba godzin** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*\*\* Łączna liczba godzin zajęć dydaktycznych w ramach niedociążenia dydaktycznego oraz uwzględnienie innych zadań wspierających proces dydaktyczny, o których mowa w § 51 ust. 4 pkt 2 Regulaminu pracy UR lub łączna liczba faktycznie zrealizowanych godzin ponadwymiarowych ustalona zostanie po złożeniu indywidualnego sprawozdania z wykonania zajęć dydaktycznych lub realizacji innych zadań, nie później niż do 30 czerwca ………. r. (a w przypadku, gdy zajęcia dydaktyczne trwają dłużej – do 7 dni od ich zakończenia).*

 **Wyrażam zgodę:**  ………………………………………………............

 /*podpis dyrektora instytutu*/

**Przyjmuję do wiadomości i wykonania:**  ………………………………………………............

 /*podpis nauczyciela akademickiego/*

|  |  |
| --- | --- |
| **ZATWIERDZAM:****AKCEPTUJĘ:** |  …………………………………………………………………………….*/podpis dziekana kolegium/ dyrektora jednostki pozakolegialnej/* |
|  | ………………………………………………………………………………*/podpis Rektora lub działającego z jego upoważnienia, Prorektora ds. Studenckich i Kształcenia/* |