|  |  |
| --- | --- |
| adres i nr sali: |  |
| kierunek, poziom i rok studiów: |  |
| nazwa zajęć: |  |
| nr grupy wg USOS: |  |
| prowadzący zajęcia: |  |
| opiekun pracowni: |  |
| godzina rozpoczęcia zajęć: |  |
| godzina zakończenia zajęć: |  |

Potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z podstawowymi informacjami o COVID oraz wytycznymi w zakresie funkcjonowania laboratoriów i pracowni.

<https://us.edu.pl/uczelnia/status-zabezpieczen-covid-19/>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **PODPIS** |
| Lp. | Imię i Nazwisko studenta/tki - czytelnie | Data: | Data: | Data: | Data: | Data: | Data: | Data: | Data: | Data: |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |