|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **…..../..…../20…….**  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI’NA**  Fakültenizde vermekte olduğunuz ders/derslerin telafisini ………………………………………………………………………………………..mazeretimden dolayı aşağıda belirtilen tarih ve saatlerde yapabilmem hususunda gereğini arz ederim.  İmza  Sorumlu Öğretim Üyesi   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Dersin Kodu ve Adı | Ders Saati/Hafta | Programdaki Tarih ve Saati | Telafi Tarih ve Saat | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   EK:  İlgili Dersin/derslerin telafi yapılmasını gerektiren görevlendirme ve sağlık raporu vb. belge/belgeler |

Uygundur.

…../…../……….

……………………………………………………………….

…………………………………………………………………

Fakülte Dekanı

İlgili Yönetim Kurulu Kararı:

Bu form, Fakülte Yönetim Kurulu gündemine alınmak üzere girecek Öğretim Üyesi üzerinden Dekanlığımıza gönderilmesi ve telafilerin Fakülte Yönetim kurulu onayından sonra yapılması gerekir.