****



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**DERS TELAFİ FORMU**

|  |
| --- |
| **…..../..…../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 Saati  …………………… ……. …………………………… ……………………  …………………… ……. …………………………… ……………………  …………………… ……. …………………………… ……………………  …………………… ……. …………………………… ……………………  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.