**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**DERS TELAFİ FORMU**

|  |
| --- |
| **..…../…..../20……..****……………………………. ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI’NA**Fakültemizde vermekte olduğum ders/derslerin telafisini ……………………………… …………………………………………………………….. mazeretimden dolayı aşağıda belirtilen tarih ve saatlerde yapabilmem hususunda gereğini arz ederim.İmzaSorumlu Öğretim ÜyesiDersin 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 |

|  |
| --- |
| İlgili Birim Onayı Uygundur.…../…../……….……………………………………………………………….…………………………………………………………………Anabilim Dalı Başkanı |

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.