**. . / . . / 20 . .**

**……………………………. ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI’NA**

Fakültemizde vermekte olduğum 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

İlgili Birim Onayı

Uygundur.

. . / . . / 20 . .

Anabilim Dalı Başkanı

Uygundur.

. . / . . / 20 . .

Prof. Dr. Şule BAYRAK

Dekan

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.