|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **…..../..…../20…….****DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI’NA** Fakültenizde vermekte olduğunuz ders/derslerin telafisini ………………………………………………………………………………………..mazeretimden dolayı aşağıda belirtilen tarih ve saatlerde yapabilmem hususunda gereğini arz ederim. İmzaSorumlu 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.