Tarih…………………………

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Bölümünüz Lisans programlarında vermekte olduğum ders/derslerin telafisini aşağıda belirtilen tarih ve saatlerde yapabilmem hususunda gereğini arz ederim.

İmza

Öğretim Üyesi

Dersin Kodu ve Adı Programdaki Tarih ve Saati Telafi Tarih ve Saati

……………………………………. …………………………… ……………………

………………………………… …. …………………………… ……………………

……………………………………. …………………………… ……………………

…………………………………… …………………………… ……………………

EK:

İlgili dersin/derslerin telafi yapılmasını gerektiren görevlendirme ve sağlık raporu vb. belge/belgeler

…./…./20…..

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Yukarıda adı geçen ders/derslerin telafisi Bölüm Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

İmza

Bölüm Başkanı

EK:

İlgili dersin/ derslerin telafi yapılmasını gerektiren görevlendirme ve sağlık raporu vb. belge/ belgeler

*Bu form, Enstitü Yönetim Kurulu toplantılarının yapıldığı güne kadar ilgili Bölüm aracılığıyla Enstitümüze gönderilmesi ve telafilerin Enstitü onayından sonra yapılması uygundur.*