|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 **Tarih …/…../20…..**

**DEKANLIK/MÜDÜRLÜK MAKAMINA**

 …… / …… / 20…. - …… /…… / 20… tarihinde / tarihleri arasında …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….. olacağımdan dolayı, ………………………………………………………bölümünde / programında vermekte olduğum dersin / derslerin telafisini aşağıdaki tabloda belirttiğim gün ve saatte yapabilmem hususunda gereğini arz ederim.

  **İmza**

 **Sorumlu Öğretim Elemanı**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dersin Kodu ve Adı** | **Ders Saati/Hafta Programdaki Tarih ve Saati**  | **Telafi Tarih ve Saati** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**,**

**EK:**

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

OLUR

.../.../........

..........................................

.........................................

Müdür/Dekan

İlgili Yönetim Kurulu Kararı: