**T.C.**

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**

**Eğirdir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

**DERS TELAFİ İSTEK FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğretim Elemanı Bilgileri** | | | | | | | |
| **Ünvanı, Adı ve Soyadı:** | | |  | | | | |
| **Cep Telefonu:** | | |  | | | | |
| **Ders Telafi Gerekçesi** | | | | | | | |
| **Açıklama:** | | |  | | | | |
| **Telafi Dersi** | | | | | | | |
| **Programı** | **Ders Kodu** | **Telafisi Yapılacak Dersin Adı** | | **T** | **U** | **Dersin Haftalık Ders Günü ve Saati** | **Telafi Edileceği Tarih ve Saati** |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |

Yukarıda belitmiş olduğum derslerimin uygun görüldüğü taktirde telafisini yapmak istiyorum gereğini arz ederim.

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

**Adı Soyadı , İmza**

UYGUNDUR

Bölüm Başkanı