**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