

	T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ Ders Telafisi Başvuru Formu	Doküman Kodu	SBF-PR- F-02
		Yayınlanma Tarihi	30.11.2021
		Revizyon No/Tarih	02 / 01.11.2023
		Sayfa	1/2

..... **Bölüm Başkanlığına,**

....../....../202... tarihinde - saatleri arasında
..... nedeni ile görevlendirilmiş bulunmaktayım /izinliyim.

Mazeretim nedeni ile Bölümünüzde - saatleri arasında yürütmekle
görevlendirilmiş olduğumdersin telafi programı Ek
1'deki Tabloda belirtilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İmza

....../....../202..

Öğretim Üyesi
TC Kimlik No

Hazırlayan Personel İşleri Birimi	Kontrol Eden Birim Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan Dekan
--------------------------------------	---	--------------------

	T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ Ders Telafisi Başvuru Formu	Doküman Kodu	SBF-PR- F-02
		Yayınlanma Tarihi	30.11.2021
		Revizyon No/Tarih	02 / 01.11.2023
		Sayfa	2/2

EK 1

Ders Telafi Tablosu

Dersin Kodu ve Adı	Dersin Tarihi ve Saati	Dersin Telafi Edileceği Tarih ve Saat	Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı	Dersin Telafisinden Sorumlu Öğretim Elemanı

Telafi Programında Yer Alan Öğretim Üye/Elemanları*

“Eğitim-öğretim hizmetlerini aksatmayacak şekilde hazırlanmış telafi programını kabul ediyorum.”

Öğretim Elemanı <i>Unvanı, Adı ve Soyadı</i>	Öğretim Elemanı <i>Unvanı, Adı ve Soyadı</i>	Öğretim Elemanı <i>Unvanı, Adı ve Soyadı</i>
☐ Uygun ☐ Uygun değildir	☐ Uygun ☐ Uygun değildir	☐ Uygun ☐ Uygun değildir

(Varsa) Anabilim Dalı Başkanı <i>Unvanı, Adı ve Soyadı</i> ☐ Uygun ☐ Uygun değildir	Bölüm Başkanı <i>Unvanı, Adı ve Soyadı</i> ☐ Uygun ☐ Uygun değildir
---	---

EKLER:

-Varsa mazereti gösterir belge (rapor, izin vb.) (..... Sayfa)

*Telafi programında görev alan tüm öğretim elemanları tarafından imzalanmıştır.

Hazırlayan Personel İşleri Birimi	Kontrol Eden Birim Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan Dekan
--------------------------------------	---	--------------------