|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **T.C.**  **SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÇUMRA UYGULAMALI BİLİMLER**  **YÜKSEKOKULU**  **DERS TELAFİ FORMU** | DOKÜMAN NO | CMRUBYO-FRM-25 |
| YAYIN TAR. | 10.01.2024 |
| REVİZYON TAR./NO | 0 |
| SAYFA NO | 1 |

**T.C.**

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**

**ÇUMRA UYGULAMALI BİLİMLER YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

**KONYA**

Bölümümüzde yürütmekte olduğum aşağıda belirtilen derslerin görevli olmam nedeniyle aşağıda verilen program dâhilinde telafisini yapmak istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

…. / …. / 20….

Ders Sorumlusu Adı Soyadı :

İmza :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAM ADI** | **DERSİN ADI** | **Dersin Programdaki** | | **Telafisini Yapacağı** | |
| Tarihi | Saati | Tarih | Saat |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Haftalık ders yükü:** …….. saat **Bölüm Başkanı**

Adı Soyadı :

İmza :

**ÇUMRA UYGULAMALI BİLİMLER YÜKSEKOKULUU YÖNETİM KURULU KARARI**

Meslek Yüksekokulu Yönetim Kurulunun ....... / ....... / 20..…. tarih ve sayılı kararı ile

telafi programı **Kabul / Ret** edilmiştir.

**Müdür**

Adı Soyadı :

İmza :

**Not:**

1. **Derslerin telafileri, Yüksekokul Yönetim Kurulunun onayından sonra yapılmalıdır.**
2. **Telafi tarih ve saatleri diğer birimlerde yürütülen derslerle çakışmamalı ve mazeretin bitiminden sonra yapılmalıdır.**
3. **Ders telafi formu ait olduğu ayın sonuna kadar dekanlığa verilmeli, haftalık ekders ücreti 20 saati geçmemeli ve varsa görevlendirme belgesi eklenmelidir.**