

ISPARTA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
Yalvaç BÜYÜKKUTLU Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu

.....**Bölüm Başkanlığına**

...../...../20.. -/...../20.. tarihleri arasında
..... dolayı derslerimi yapamayacağımdan
aşağıda sunulan telafi programının kabulü için,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim./...../20....

(İmza)
Öğretim Elemanının
Unvan Adı - Soyadı

EK:
1-Görevlendirme/Rapor/Katılım Belgesi vb.

Telafi Programı

Dersin Adı	Öğretimi (I.-II.)	Kaç Saat Telafi Yapılacağı	Ders Programındaki		Telafi Edileceği	
			Tarihi	Başlama- Bitiş Saati	Tarihi	Başlama-Bitiş Saati

UYGUNDUR

.../.../20.....

.....**Bölüm Başkanı**

*** Bu form, Yüksek Okul Yönetim Kurulu toplantılarının yapıldığı güne kadar ilgili Öğretim Elemanı tarafından Yüksekokulumuza gönderilmesi ve telafilerin Yüksekokul onayından sonra yapılması gerekir.