|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Doküman Kodu: SBE-ABD-FR.016 | İlk Yayın Tarihi: 28.07.2017 | Revizyon No: 1 - | Revizyon Tarihi: 21.02.2024 | Sayfa Sayısı: 1/1 |
| **DERS TELAFİ FORMU** |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRETİM ÜYESİ** | İzinli olduğum tarih/tarihler |  |
| Sağlık istirahatli olduğum tarih/tarihler |  |
| Görevli olduğum tarih/tarihler |  |
| Görev Etkinliği |  |
| Görevli Olduğum Ülke/İl |  |

**Bir öğe seçin. ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI** |
| Bir öğe seçin. Yarıyılı’nda yukarıda belirttiğim nedenden ötürü Bir öğe seçin. Bir öğe seçin. telafisini aşağıdaki belirtilen tarih ve saatlerde yapabilmem hususunda gereğini arz ederim.  *Elektronik İmza*  Öğretim Üyesinin Unvanı, Adı ve Soyadı |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dersin Kodu ve Adı** | **HS** | **Programdaki Tarih ve Saati** | **Telafi Tarih ve Saati** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

 |
| **SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**Bir öğe seçin. **ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Konu :** | Ders Telafisi | **10/06/2024** |

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ’NE** Yukarıda adı geçen ders/derslerin telafi edilmesi hususu Anabilim Dalı Başkanlığı’nca uygun görülmüştür.Bilgilerinize ve gereğini arz ederim. *Elektronik İmza*Unvanı Adı ve SoyadıAnabilim Dalı Başkanı**EK:** İlgili dersin/derslerin telafi yapılmasını gerektiren görevlendirme, sağlık raporu vb. belge/belgeler. |
| **NOT:** Elektronik Belge Yönetimi Sisteminde (EBYS) 105.04 nolu dosya seçilecektir. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hazırlayan** |  | **Kontrol Eden** |  | **Onaylayan** |  |
| Enstitü Sekreterliği | Enstitü Kalite Komisyonu | Enstitü Müdürü |