T.C

KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ

**Ders Telafi Formu**

 …./…../20….

……………………………………..Bölüm Başkanlığına

Bölümünüzde vermekte olduğum ders/derslerin telafisini………………………………..mazeretimden dolayı aşağıda belirtilen tarih ve saatlerde yapabilmem hususunda gereğini arz ederim.

 İmza

 Sorumlu Öğretim Üyesi

Dersin Kodu ve Adı Ders Saati/Hafta Programdaki Tarih ve Saati Telafi Tarih ve Saati

…………………… ……………….. …………………………… ……………………...

……………………. ……………….. …………………………… ……………………...

……………………. ……………….. ……………………………. ……………………...

…………………….. ……………….. ……………………………. ……………………..

**EK:**

İlgili Dersin/Derslerin telafi yapılmasını gerektiren görevlendirme ve sağlık raporu vb. belge/belgeler

İlgili Birim Onayı UYGUNDUR

…/…../..20

………………

………………

BÖLÜM BAŞKANI