

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÇUMRA MESLEK YÜKSEKOKULU	<b>T.C.</b> <b>SELÇUK ÜNİVERSİTESİ</b> <b>ÇUMRA MESLEK YÜKSEKOKULU</b> <b>DERS TELAFİ FORMU</b>		DOKÜMAN NO	CMRMYO-FRM-25
			YAYIN TAR.	10.01.2024
			REVİZYON TAR./NO	0
			SAYFA NO	1

**T.C.**  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  
**ÇUMRA MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**  
**KONYA**

Bölümümüz programlarında yürütmekte olduğum aşağıda belirtilen derslerin  
..... 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 MESLEK YÜKSEKOKULU YÖNETİM KURULU KARARI**

Meslek Yüksekokulu Yönetim Kurulunun ..... / ..... / 20..... tarih ve ..... sayılı kararı  
ile  
telafi programı **Kabul / Ret** edilmiştir.

**Müdür**

Adı Soyadı :

İmza :

**Not:**

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