**SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

…………………………………….nedeninden dolayı sorumlusu olduğum ve normal zamanında yapamayacağım dersimin/derslerimin telafi programı aşağıya çıkarılmıştır.

Bilgilerinize arz ederim.

 **Adı Soyadı:**

**İmza:**

**Tarih:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dersin Kodu ve Adı** | **Ders Saati/Hafta** | **Programdaki Tarih ve Saat** | **Telafi Tarih ve Saati** |
|   | Teorik |   |   |   |
|   | Uygulama |   |   |   |
|   | Teorik |   |   |   |
|   | Uygulama |   |   |   |
|   | Teorik |   |   |   |
|   | Uygulama |   |   |   |
|   | Teorik |   |   |   |
|  | Uygulama |  |  |  |
|  | Teorik |  |  |  |
|  | Uygulama |  |  |  |
|  | Teorik |  |  |  |
|  | Uygulama |  |  |  |
|  | Teorik |  |  |  |
|  | Uygulama |  |  |  |
|  | Teorik |  |  |  |
|   | Uygulama |   |   |   |