Tarih:

Sayı:

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrenci No** |  |
| **Adı ve Soyadı** |  |
| **Fakülte / YO / MYO / Enstitü** |  |
| **Bölümü/Programı/Anabilim Dalı** |  |
| **Ders Adı** |  |
| **Ders Kodu** |  |
| **Dersi Okutan Öğretim Elemanı** |  |
| **Devamsızlık Düzeltilecek Hafta ve Saat** |  |

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencimizin belirtilen haftalardaki devamsızlığı sehven işlenmiş olup gerekli düzeltmelerin yapılmasını arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unvan** | **Adı ve Soyadı** | **İmza** |
| **Ders Sorumlusu** |  |  |
| **Bölüm/Program/Anabilim Dalı Başkanı** |  |  |
| **Dekan / Müdür** |  |  |

Not: Birden fazla öğrencinin devamsızlığının düzeltilmesi durumunda ise yoklama listesinin imzalı olarak forma eklenerek gönderilmesi gerekmektedir.