|  |  |
| --- | --- |
| **DEĞİŞİKLİK YAPILACAK DERS** | **DEĞİŞİKLİK YAPILACAK DERS İÇİN TALEPEDİLEN TARİH VE SAAT** |
| **Dersin Adı** | **Öğretim Üyesi** | **Tarih /****Saat** |  **Tarih /Saat** |
|  |  | …../…..2019 - ………..:………… |   …../…..2019 - ………..:………… |
| **ÖĞRETİM ÜYESİNİN İMZASI:** | **Açıklama:** |
| **UYDUNDUR/UYGUN DEĞİLDİR.****KOORDİNATÖR ÖĞRETİM ÜYESİNİN UNVANI/ADI/SOYADI/ İMZASI** | **DEKAN YARDIMCISI** |

NOT:

1-Bu form ders tarihi/saati değişikliği talep edecek öğretim üyesi tarafından, en az ilgili dersin işleneceği tarihten bir hafta önce doldurulup imzalandıktan sonra ilgili dönem koordinatörüne teslim edilecektir.

2- İmza sahipleri formdaki bilgilerden sorumludur.