|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.