|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| logoo | **SINAV NOTU İTİRAZ FORMU** | Doküman No | KU.FR.16 |
| Yayın Tarihi | 22.04.2022 |
| Revizyon No | 00 |
| Revizyon Tarihi | 00 |
| Sayfa No | 1/1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencisiyim. Aşağıda bilgileri verilen dersin sınavından beklediğim notu alamadım. Sınav kağıdımın yeniden incelenmesini talep etmekteyim. Bilgilerinize arz ederim.  **Tarih:** ......./......../202..... **İmza:** | | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | | | | | | | |
| **Öğrenci Numarası** |  | | **Telefon Numarası:** | | | | | | |
| **Eğitim Öğretim Yılı** | 202..... – 202..... | | **Dönemi:** Güz ( | |  | ) | Bahar ( | | ) |
| **Dersin Kodu** |  | | **Dersin Adı:** | | | | | | |
| **Öğretim Üyesi Adı** |  | | | | | | | | |
| **İncelenecek Sınav** | Ara Sınav ( ) | Final ( ) | Bütünleme ( | | ) |  |  | |  |
| **Sınav Türü** | Test ( ) | Klasik ( ) | Karma ( ) | |  |  |  | |  |
| **Aldığı Rakamlı Not** |  | | | **Beklediği Rakamlı Not** | | | |  | |

(Bu Kısım Öğrenci İşleri Birimi Tarafından Doldurulacaktır.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sınav Tarihi:** ......./......./202... | **Sınavın Açıklanma Tarihi:** ......./......./202... | **İtiraz Tarihi:** ......./......./202... |
| **Öğrenci İşleri Birimi’nin Değerlendirmesi:**  **( ) Uygundur**  **( ) Uygun Değildir, Açıklayınız:**  ………………………………………..………………………………………………………………………………………..  **Tarih:** ......./......../202..... **Ad-Soyad: İmza:** | | |

(Bu Kısım Öğretim Üyesi Tarafından Doldurulacaktır.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Maddi Hata Yoktur ( )** | **Maddi Hata Vardır ( )** |
| Açıklama: (Maddi hata olması halinde gerekli açıklama yapılacaktır)  ………………………………………………………………………………………………………………………………......  ..................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  **Ek:** Öğrenci soru ve optik kağıdı (Maddi hata olması durumunda) Sınav yoklama çizelgesi (Maddi hata olması durumunda) | |
| **ÖĞRETIM ÜYESİ**  **Adı Soyadı:**  **Tarih:** ......./......../202..... **İmza:** | |

**Not: Sınav Notu İtiraz Formu** sınav sonuçları ilan edildikten sonra **en geç 3 gün** içinde Diş Hekimliği Fakültesi Öğrenci İşleri Birimi’ne verilmelidir.