

**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

 20......-20….. Öğretim Yılı Güz / Bahar döneminde Fakültenizde açılması planlanan Pedagojik Formasyon derslerine kayıt yaptırmak istiyorum.

Pedagojik Formasyon Sertifikası derslerinden olan “Öğretmenlik Uygulaması” dersinin eğitim aldığım şehirde bulunan Milli Eğitim Bakanlığına bağlı okullarda ve Milli Eğitim Bakanlığına bağlı görevli uygulama öğretmeninin ders programına uygun olarak, bir eğitim öğretim dönemi boyunca hafta içi mesai saatleri içerisinde, fiilen yüz yüze yapılacağını biliyor ve kabul ediyorum.

Bilgilerinize gereğini arz ederim.

 ….. /….. /202…

 İMZA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÖĞRENCİ NUMARASI | : |  |
| ADI SOYADI | : |  |
| BÖLÜMÜ | : |  |
| SINIFI | : |  |
| E-POSTA ADRESİ | :  |  |
| CEP TEL NO | : |  |