……………………………………………..................**.OKULU**

**DESTEK EĞİTİM ODASI ÖĞRETMEN GÖREVLENDİRMESİ ÜCRET ONAYI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRETMENİN****ADI-SOYADI** | **BRANŞI** |  **DERS ADI** | **DERS SAATİ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Destek Eğitim Odası çalışma programı……………tarihinde başlayacak olup, …./…/20…. tarihinde sona erecektir.

…./…./20…

……………..

Okul Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.

…./…/20….

 İlçe Milli Eğitim Şube Müdürü

OLUR

…/…/20…

……………………………..

İlçe Milli Eğitim Müdürü