**………………………… İLKOKULU**

# DESTEK EĞİTİM ODASI ÖĞRETMEN GÖREVLENDİRMESİ ÜCRET ONAYI

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

Destek eğitim odası çalışma programı ………………..tarihinde başlayacak olup, ………………..tarihinde sona erecektir

…/…/2019

 ………………..

Okul Müdürü

Uygun görüşle arz ederim

…./…/2019

…………………….

İlçe Milli Eğitim Şube Müdürü

OLUR

…/…/2019

İlçe Milli Eğitim Müdürü

………………………………………

*Ek ders onayı için şart olan bu belgede, öğretmenlerin destek eğitim için verecekleri haftalık ders saati belirtilir. Her ay ek ders hesaplanırken bu belgenin aslının bir örneği ek dersle gönderilir.*