

**ÖZEL ÖĞRETİM KURUMLARINDA ADAYLIĞI KALDIRILAN ÖĞRETMENLERİN
ÇALIŞMA PROGRAMI**

Öğretmenin	Adı Soyadı:	
	T.C. Kimlik Numarası:	
	Branşı:	
	Okul/Kurum-İl/İlçe:	

Filmin adı:
Filmin gösterim yılı, süresi ve ülke:
İzlemiş olduğunuz filmin kişisel ve mesleki gelişiminize nasıl bir katkıda bulunduğunu tartışınız:

Öğretmen
Tarih

İmza
Adı Soyadı