




FORMULIR

FAKULTAS TEKNIK UNIVERSITAS TIDAR



Ujian Susulan

PENGESAHAN		
Disiapkan Oleh:	Diperiksa Oleh:	Disahkan Oleh:
Gugus Mutu Fakultas	Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan	Dekan Fakultas Teknik
		
Evi Puspitasari, S.T., M.Sc.	Trisma Jaya S, S.T., M.T.	Ir. Kun Suharno, M.T.

PERMOHONAN UJIAN SUSULAN

Magelang,

Yth. Kepala Program Studi
Fakultas Teknik
di lingkungan Universitas Tidar

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

NPM :

Fakultas :

Program Studi :

Sehubungan dengan Ujian Akhir Semester yang telah berlaku pada hari,
tanggal, saya memohon dengan sangat untuk mengikuti ujian
susulan dengan :

Mata Kuliah	Dosen Pengampu

Permohonan ini saya buat dikarenakan pada hari tersebut saya tidak dapat mengikuti Ujian Akhir Semester dikarenakan Sebagai pertimbangan saya lampirkan

Demikian surat permohonan ini saya buat dengan sebenarnya, dan atas perhatian Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

.....

Tembusan:

1. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
2. Arsip



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS TIDAR
FAKULTAS TEKNIK

JURUSAN/PROGRAM STUDI

Alamat : Jalan Kapten Suparman 39 Magelang 56116

Telp. (0293) 364113 Fax. (0293) 362438

Laman : www.untidar.ac.id Surel : teknik@untidar.ac.id

SURAT PENGANTAR UJIAN SUSULAN

Nomor :

Yth. Dosen Mata Kuliah
Program Studi
di lingkungan Universitas Tidar

Menindaklanjuti permohonan pelaksanaan ujian susulan atas:

Nama :

NPM :

Alasan mengajukan permohonan ujian susulan :

.....

Kami sampaikan dengan hormat kepada dosen pengampu untuk dapat memberikan ujian susulan kepada mahasiswa yang bersangkutan. Ujian susulan dilaksanakan paling lambat 1 minggu setelah pelaksanaan UTS/UAS.

Atas perhatian dan kerjasama ini, kami ucapkan terima kasih.

Magelang,

Kepala Program Studi,

.....

NIP

FORMULIR PERSETUJUAN UJIAN SUSULAN

Berdasarkan surat pengantar ujian susulan dari Kepala Program Studi
..... Nomor:, dengan ini saya:

Nama :
Dosen Pengampu Mata Kuliah :

Menyetujui / Tidak Menyetujui*

Permohonan pelaksanaan ujian susulan mahasiswa:

Nama :
NPM :

Pelaksanaan Ujian Susulan**:

Hari :
Tanggal :
Waktu :
Tempat :

**diisi jika menyetujui permohonan ujian susulan mahasiswa ybs*

Magelang,
Dosen Yang Bersangkutan

**coret salah satu*

***diisi jika menyetujui permohonan ujian susulan mahasiswa ybs*

BERITA ACARA UJIAN SUSULAN

GASAL/GENAP

TAHUN AKADEMIK /

1	Mata Ujian	
2	Semester/Program Studi	/
3	Dosen Penguji	
4	Hari, Tanggal Ujian Seharusnya	
5	Hari, Tanggal Pelaksanaan Ujian Susulan	
6	Ujian dimulai	
7	Ujian diakhiri	
8	Ruang / Kelas	/Kelas
9	Jumlah peserta susulan	
10	Kejadian selama ujian	

Pengawas Ujian :

No.	Nama	Tanda Tangan
1		
2		

Magelang,.....
Kaprod/Ketua Jurusan

.....
.
NIK.