



**UNIT PEPERIKSAAN / EXAMINATION UNIT
BAHAGIAN HAL EHWAL AKADEMIK / ACADEMIC AFFAIRS DIVISION**

**BORANG PERMOHONAN MEMPROSES KERTAS JAWAPAN OMR
APPLICATION FORM FOR PROCESSING OF OMR ANSWER SCRIPTS**

PEPERIKSAAN SEMESTER / EXAMINATION SEMESTER _____ SESI / SESSION _____

- 1) Nama Pensyarah / Lecturer's Name : _____
- 2) Kod Kursus / Course Code : _____
- 3) Kursus / Course : _____
- 4) Fakulti / Faculty : _____
- 5) Butiran kertas jawapan OMR / OMR Answer scripts details:

* Kerjasama Y. Bhg. Prof. Dr. / Dr. / Tuan / Puan dimohon untuk memastikan perkara-perkara berikut dilengkapkan pada kertas jawapan OMR untuk proses pengimbasan iaitu;

* *Kindly ensure that the details below are completed in the OMR answer scripts before they are sent for the scanning process:*

- i) Skema kertas jawapan OMR diisi dengan lengkap / OMR answer script is completely filled

Tandakan / Tick (/)

- a) kod kursus ditulis dan dilorek dengan betul pada ruangan kod kursus / course code is written and shaded accordingly

- b) pilihan jawapan dihitamkan dengan terang dan jelas / the chosen answers are clearly shaded

- ii) Butiran kumpulan dan jumlah kertas jawapan OMR yang diterima
Details of groups and number of accepted OMR answer scripts

Bil / No.	Kumpulan / Group	*Jumlah Pelajar / *No. of Student	*Jumlah OMR Yang Diserahkan / *No. of OMR scripts	**Jumlah OMR Diimbas / **No. of Scanned OMR scripts	*Pengesahan Jumlah OMR Yang Diterima / *Verification of received OMR scripts
Jumlah Keseluruhan / Total number of scripts					



**SILA GUNAKAN LAMPIRAN SEKIRANYA KURSUS MEMPUNYAI KUMPULAN MELEBIHI 15
PLEASE USE THE ATTACHED APPENDIX IF THE COURSE HAS MORE THAN 15 GROUPS**

* Perlu diisi oleh Penyelaras Kursus/Pensyarah / * To be filled by Course Coordinator Lecturer

** Perlu diisi oleh BHEA / ** To be filled by BHEA

Bil / No.	Kumpulan / Group	*Jumlah Pelajar / *No. of student	*Jumlah OMR Yang Diserahkan / *No. of OMR scripts	**Jumlah OMR Diimbas / **No. of Scanned OMR scripts	*Pengesahan Jumlah OMR Yang Diterima / *Verification of received OMR scripts
Jumlah Keseluruhan / Total number of scripts					

* Perlu diisi oleh Penyelaras Kursus/Pensyarah / * To be filled by Course Coordinator / Lecturer

** Perlu diisi oleh BHEA / ** To be filled by BHEA

- 6) Bilangan Soalan / *No. of Questions* : _____
- 7) Wajaran Penilaian / *Weightage* : _____
- 8) Markah Bagi Jawapan Yang Betul
Marks for correct answers : _____
- 9) Markah Bagi Jawapan Yang Salah
Marks for incorrect answers : _____
- 10) Tarikh Hantar / *Date of Submission* : _____
- 11) Tandatangan / *Signature* : _____ H/P : _____ Ext. : _____
-

**Untuk Kegunaan Bahagian Hal Ehwal Akademik
For Academic Affairs Division Use**

Tarikh Terima / *Received Date* :

Tarikh Siap / *Completed Date* :

Nama & T/Tangan Pegawai Yang Memproses / *Name & Signature of Officer* :

Nama Penerima / *Receiver's Name* :

Tandatangan / *Signature* :

Tarikh / *Date* :