



**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
TEK DERS SINAVI BAŞVURU FORMU**

Öğrenci Bilgileri ve Talebi

Öğrenci No		Not: Eksik veya yanlış bilgidен doğacak hataların sorumluluğu başvuruda bulunan kişiye aittir.
Adı - Soyadı		Bölümü:
T.C Kimlik No		Fakülte/Y.Okul

.....BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Fakültenizden mezun olabilmem için devam şartını yerine getirmiş olduğum aşağıda belirttiğim dersten sınava girmek istiyorum. Başarısız ders sayısının birden fazla olması halinde, yaptığım bu başvurumun iptal edilmesini talep ediyorum.

Gereğini arz ederim.

Adres:

İmza

Dersin Kodu : Dersin Adı : AKTSKredisi : Öğretim Üyesi :

.....

3-İdare Onayı

.....	
_____	_____
Öğrenci Danışmanı	Bölüm/Program Başkanı

--