|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI  | Numarası | Öğrenci Numarası  |
| Fakülte  | Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| Bölümü | Bir Öğe Seçin... |
| Programı |  |
| Sınıfı | Sınıf Seçiniz  |
| Danışmanı |  |
| Tel. |  |

**Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

 20…../20….. eğitim-öğretim yılı Bahar yarıyılı ders kayıt döneminde Müfredatımda kapatılan ders yerine aşağıda belirttiğim derslerle ilgili yerine ders saydırma işleminin yapılmasını arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …./…/20İmza |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Müfredatta/Kapatılan Dersler** |  | **Yerine Saydırılacak Dersler** |  |
| Ders Kodu | Ders Adı | Kredi /AKTS | Ders Kodu | Ders Adı | Kredi /AKTS |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*\*\**Not :Yapılacak işlem durumuna göre satır ekleme- çıkarma yapılabilir.*

*\*\*\* Tüm Formlar bilgisayar formatında eksiksiz doldurulacaktır. Elle doldurulan formlar işleme alınmayacaktır.*

|  |  |
| --- | --- |
|  **UYGUNDUR** | [ ]  |
| **UYGUN DEĞİLDİR** | [ ]  |
|  Tarih Seçiniz Unvan Danışman Adı SOYADI Danışmanİmza |