|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Danışman  İmza | |