|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI  | Numarası | Öğrenci Numarası  |
| Bölümü | Bölümü  |
| Programı |  |
| Sınıfı | Sınıf Seçiniz  |
| Akademik Yılı ve Yarıyılı | 20…-20… Şeklinde Akademik Yıl Yarıyıl  |
| Danışmanı |  Unvan Danışman Adı SOYADI  |
| Tel. |  |

**Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

20…-20… Şeklinde Akademik Yıl Yarıyıl yarıyılında aşağıda belirtmiş olduğum üst sınıfta bulunan ders/dersleri uygun görülmesi halinde almak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …./…/20..Öğrenci Adı SOYADI İmza |

|  |
| --- |
| **Üstten Alınması Talep Edilen Ders Bilgileri** |
| **Ders Kodu** | **Ders Adı** | **Kredi / AKTS** |
| Ders Kodu  | Üstten Alınacak Dersin Adı  |  |
| Ders Kodu  | Üstten Alınacak Dersin Adı  |  |
| Ders Kodu  | Üstten Alınacak Dersin Adı  |  |
| Ders Kodu  | Üstten Alınacak Dersin Adı  |  |
| Ders Kodu  | Üstten Alınacak Dersin Adı  |  |

\*\*\**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 |