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