**DERS MUAFİYET/SAYDIRMA DİLEKÇESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Numarası |  |
| Anabilim Dalı |  |
| Lisansüstü Program Türü | Doktora Yüksek Lisans Tezsiz Yüksek Lisans |
| Önceki Durumu | Öğretim Yılı:  Normal Öğrenci Özel Öğrenci |

Ekte sunduğum ilgili belgeye göre aşağıda belirttiğim derslerden muaf olmak/saydırmak istiyorum. Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı :

Tarih :

İmza :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dersin Kodu | Dersin Adı | Kredisi | Başarı notu | Dönemi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Ekler :**

**1- Onaylı Transkript**

**2- Ders İçeriği**

**3- Akademik Kurul Kararı**

**\*Not: Öğrenciler daha önceden almış oldukları derslerin tamamını Üniversitemiz** [**Lisansüstü Muafiyet ve İntibak İşlemleri Yönergesi**](https://www.erbakan.edu.tr/storage/images/department/saglikbilimlerienstitusu/y%C3%B6netim/intibak%20y%C3%B6nergesi%20karar.pdf)**’ ne göre akademik takvimde belirtilen ders başlama tarihinden itibaren on gün içerisinde Enstitüye bildirilmesi gerekir.**