T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

……………………… Fakültesi Dekanlığı

……………………………………Bölüm Başkanlığına

Ders Bırakma ve Ekleme Dilekçesi

ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  |
| Programı |  |
| Adresi |  |
| E-postası |  |
| Telefonu |  |

20..-20.. Eğitim-Öğretim Yılı ………… Yarıyılında Aşağıda belirtilen dersleri bırakmak/eklemek istiyorum.

Gereğini arz ederim. ……/……/20..

 İmza

 Adı Soyadı

|  |  |
| --- | --- |
| **Bırakılacak Dersin** | **Eklenecek Dersin** |
| **Kodu** | **Adı** | **Kodu** | **Adı** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uygundur.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrenci Danışmanı** | **Bölüm Başkanı** |
| İmzaAdı Soyadı | İmzaAdı Soyadı |