T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

…………………………………………..Programı Başkanlığına

**DERS MUAFİYET BAŞVURU DİLEKÇESİ**

ÖĞRENCİNİN

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

…………………..…..… Üniversitesi …...……………………Fakültesi / Yüksekokulu/ Meslek Yüksekokulu …………………………. Programında eğitim gördüğüm ve başarılı olduğum derslerden, yeni kayıt yaptırdığım programda tabi olacağım müfredat programına göre muaf olmak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. ….…/……/20…

İmza

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Daha önce başarılı olduğum derslerin | | | Muaf Olmak İstediğim Derslerin | |
| Adı | Kredisi | Notu | Adı | Kredisi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ek:

1 - Onaylı Transkript (Not Döküm Belgesi)

2 - Onaylı Ders İçerikleri