…../…../20....

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**…………………………….. BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Bölümünüz ................................. numaralı öğrencisiyim. ……....……………..…… **Üniversitesi** .................................................................................**Fakültesi**.................................................................................. **Bölümü / Programı’ndan** almış olduğum ve aşağıda belirttiğim derslerden muaf tutulmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres :** ......................................................…............................….**Telefon :** .......................……………………….................................... | **İmza****Ad-Soyad** |

**EKLER:**

**1-** Transkript (......) Sayfa

**2-** Ders içerikleri (......) Sayfa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **……………………… Karşılık Gelen Dersler** | **BAŞARI NOTU** | **Daha Önce Almış Olduğu Üniversitedeki Dersler** | **BAŞARI NOTU** |
| **Ders Kodu** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Rakam** | **Harf** | **Ders Kodu** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Rakam** | **Harf** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |