|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI  | Numarası | Öğrenci Numarası  |
| Fakülte  | Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| Bölümü | Bölümü  |
| Programı |  |
| Sınıfı | Sınıf Seçiniz  |
| Önceki Öğrenim Gördüğü Okul |  |
| Önceki Öğrenim Gördüğü Program |  |
| İkamet/Adres |  |
| Telefonu |  |

**Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

 Ekte sunduğum transkript ve onaylı ders içeriklerinde bulunan ortak derslerden muaf olmak istiyorum.

 Gereğini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …./…/20İmza |

**Ekler:**

1. Transkript aslı / onaylı …….sayfa
2. Onaylı Ders İçeriği……sayfa

***\*\*\*Not: Tüm Formlar bilgisayar formatında eksiksiz doldurulacaktır. Elle doldurulan formlar işleme alınmayacaktır.***