|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TEK DERS SINAVI BAŞVURU FORMU** |  |
| …../…/……..  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA**  Fakültenizin ……………………….. numaralı öğrencisiyim Eğitim-Öğretim  Yılı sonunda ….……………. kodlu dersinden Tek Ders  Sınavı’na girmek istiyorum. Gereğini arz ederim.  Tel :……………………..  Adres :…………………….. Öğrencinin Adı-Soyadı  ……………………………… İmza / Tarih  ………………………………  **EK:** Öğrenci Not Çizelgesi **(**Transkript**)** | | |
| **DANIŞMAN GÖRÜŞÜ:**  **…………………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………**Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı öğrencinin talebi uygundur / uygun değildir.  Danışmanın Adı Soyadı İmza / Tarih | | |