|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.

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

**Ekler:**

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

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