|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI | Numarası | Öğrenci Numarası |
| Fakülte | Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu | | |
| Bölümü | Bölümü | | |
| Programı |  | | |
| Sınıfı | Sınıf Seçiniz | | |
| Danışmanı | Unvan Danışman Adı SOYADI | | |
| Tel. |  | | |

**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne**

Üniversitemiz Ön lisans ve Lisans Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili Maddesi kapsamında 20…/20… Eğitim-Öğretim yılı ………… yarıyılı sonunda yapılacak olan ders/ derslerin ek sınavlarına katılma hakkı verilmesini/ek sınavları almadan beş derse kadar başarısız olduğum için ek süre talebimi arz ederim.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ek Sınav Talep Edilen Ders Bilgileri** | | |
| **Ders Kodu** | **Ders Adı** | **Kredi /AKTS** |
| Ders Kodu | Dersin Adı |  |
| Ders Kodu | Dersin Adı |  |
| Ders Kodu | Dersin Adı |  |
| Ders Kodu | Dersin Adı |  |
| Ders Kodu | Dersin Adı |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UYGUNDUR** |  |
| **UYGUN DEĞİLDİR** |  |
| Tarih Seçiniz  Unvan Danışman Adı SOYADI  Danışman  İmza | |

*\*\*\* Tüm Formlar bilgisayar formatında eksiksiz doldurulacaktır. Elle doldurulan formlar işleme alınmayacaktır.*