**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

 **SUŞEHRİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

 **MÜDÜRLÜĞÜNE**

 Fakülteniz.............................................Bölümü...........................numaralı...............sınıf öğrencisiyim. 20....- 20......yaz döneminde aşağıda isimleri yazılı derslerimi …………………………………….. Üniversitesi …………………....................................Fakültesinde almak istiyorum.

 Gerekli iznin verilmesi konusunda bilgilerinize arz ederim.

 Adı – Soyadı-( İmza)

Adres :

Mail adresi:

C.Ü. Suşehri Sağlık Yüksekokulu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dersin kodu | Dersin Adı | T.U. | Kredisi | AKTS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Gidilecek Üniversite/Fakülte :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dersin kodu | Dersin Adı | T.U. | Kredisi | AKTS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 DANIŞMAN DERS SORUMLUSU MÜDÜR