

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

**SUŞEHRİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

**SUŞEHRİ**

**DERS MUAFİYET BAŞVURU DİLEKÇESİ**

**ÖĞRENCİNİN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı -Soyadı** |  |
| **Numarası** |  |
| **Bölümü** |  |
| **Adresi** |  |
| **e-posta** |  |
| **Telefonu** |  |

Daha önce ………………………………………..Üniversitesi ………………………………………

Program/Bölümünden alıp başarılı olduğum derslerden muaf olmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Tarih:……/……/…….**

**İmza**

**DAHA ÖNCE ALDIĞIM DERSLER MUAF OLMAK İSTEDİĞİM DERSLERİN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kodu** | **Adı** | **Kredisi** | **HarfNotu** |  | **Kodu** | **Adı** | **Kredisi** | **HarfNotu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DAHA ÖNCE ALDIĞIM DERSLER MUAF OLMAK İSTEDİĞİM DERSLERİN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kodu** | **Adı** | **Kredisi** | **Harf Notu** |  | **Kodu** | **Adı** | **Kredisi** | **Harf Notu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |