KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Biriminiz …………………………………………..….. Programı ………………........ numaralı öğrencisiyim. Azami öğrenim süresini doldurduğum için aşağıda belirtmiş olduğum derslerden tanınan ek sınav hakkından yararlanmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. …./…../.…..

Adı ve Soyadı : ………………………………

İmza :

**ADRES:**

………………………………………………..

……………………………………..................

……………………………………..................

Telefon: …………………………………..

I. Ek Sınav Hakkı 🞏 II. Ek Sınav Hakkı 🞏

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra**  **No** | **Dersin**  **Kodu** | **Dersin Adı** | **Sınıfı** | **Yarıyılı** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |