

**T.C.**

**KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ**

 **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

 **ÜÇ DERS SINAVI BAŞVURU DİLEKÇESİ**

**ADI SOYADI:**

**ÖĞRENCİ NO:**

**BÖLÜM/PROGRAM:**

ÖĞRENCİ BAŞARISIZ DERS LİSTESİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DERSİN KODU** | **DERSİN ADI** | **ÖĞRETİM ELEMANI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

NOT: BU FORM DOLDURULDUKTAN SONRA İMZALI OLARAK sbf@kmu.edu.tr E-POSTA ADRESİNE GÖNDERİLECEKTİR.

ÖNEMLİ NOT: Sınava mezun olabilmesi için devam şartının sağlanmış olması şartıyla staj hariç üç dersi kalan öğrencilerimiz başvuru yapabilecektir.

Yanlış beyandan öğrenci sorumludur.

İletişim: 0338 226 2131

\*Yukarıda belirtmiş olduğum dersin üç ders sınavına katılmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

İmza :

Tarih :

GELEN EVRAK KAYIT

(Bu kısım evrak kayıt bürosu tarafından doldurulacaktır.)

KayıtTarihi :

KayıtNo :

Dosya No :

Sonuç :