Tarih :.…./……../…

**…………………………….. BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Yapılan muafiyet işlemi sonucunda muaf edilmediğim ve aşağıda bilgileri bulunan dersler için yeniden değerlendirme yapılması hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenci No |  |
| Okuduğu Program |  |
| Daha Önce Okuduğum Bölüm/Program |  |

İmza

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DAHA ÖNCE ALDIĞIM DERSLER | | MUAF OLMAK İSTEDİĞİM DERSLER | | |
| DERSİN ADI | AKTS | DERSİN KODU | DERSİN ADI | AKTS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

E-Posta Adresi:

Cep Telefonu: