**SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

………/………öğretim yılı yaz okulunda aşağıda belirtilen dersleri …………………………………………………………………………..Fakültesinden/Yüksekokulundan almak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

**Öğrencinin**

|  |  |
| --- | --- |
| No | : |
| Adı ve Soyadı | : |
| Tarih | : |
| Cep Tel No | : |
| İmza | : |

**Program Dersinin**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dersin Kodu | Dersin Adı | Teorik | Uyg. | Kredi | AKTS |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Diğer Üniversiteden Alınacak Dersin**;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Üniversite Adı | : | Dersin Kodu | : |
| Fakülte Adı | : | Dersin Adı | : |
| Bölüm Adı | : | Teorik/Uygulama | : |
| Kredi/AKTS | : |

**Yüksekokulumuzda Dersi Veren Öğretim Üyesinin**

Unvanı, Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

**EKLER;**

1. Alınacak dersin onaylı ders kimlik kartı (kendi programının ilgili öğretim üyesi tarafından onaylı)

**Program Danışmanı**

(Ad-soyad)

(İmza)