



**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Bölümü :
Numarası :
İletişim Bilgileri :

Fakülteniz bölümü numaralı öğrencisiyim. eğitim-öğretim döneminde Üniversitesi bölümünde / programında almış olduğum derslerden muaf sayılmayı talep ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Ek: 1 adet transkript

..... adet onaylı ders içeriği

.../.../ 20..

Ad, Soyad