**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Daha önce ………..………………... Üniversitesi ..................................... Fakültesi/Yüksekokulu .................................................. bölümünde/programında alıp başarılı olduğum aşağıda belirttiğim ders/derslerden Bartın Üniversitesi Önlisans ve Lisans Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin 12. maddesinin 6. Bendine istinaden muaf sayılabilmem için,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20.. |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |
| --- |
|  *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Fakülte/Yüksekokul/MYO** | Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| **Bölümü / Programı** | Hemşirelik Bölümü/Sosyal Hizmet Bölümü |
| **Cep Telefon**  |  |
| **E-Posta Adresi** |  |

**EKLER:**

1. Onaylı Transkript ( … Sayfa)
2. Ders İçerikleri ( … Sayfa)

|  |
| --- |
| **MUAF OLMAK İSTEDİĞİM DERSLER\*** |
| **DAHA ÖNCE ALIP BAŞARILI OLDUĞUM DERSLER** | **MUAF OLMAK İSTEDİĞİM DERSLER** |
| **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Harf Notu** | **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Harf Notu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Daha önceki başarılı olunan dersin karşısına hangi dersten muaf olunmak istendiği yazılmalıdır.