**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

 **………….. BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Aşağıda belirtmiş olduğum ve ekte belgelendirdiğim önceki öğrenmelerin incelenerek, belirttiğim ders/derslerden Bartın Üniversitesi Önceki Öğrenmenin Tanınmasına İlişkin Yönerge kapsamında muaf sayılabilmem hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

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

|  |
| --- |
|  *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Fakülte/Yüksekokul/MYO** |  |
| **Bölümü / Programı** |  |
| **Cep Telefon**  |  |
| **E-Posta Adresi** |  |

**EKLER:**

1. Belge veya Sertifika ( … Sayfa)

|  |
| --- |
| **MUAF OLMAK İSTEDİĞİM DERSLER** |
| **Önceki Öğrenmenin Açıklaması [[1]](#footnote-1)** | **MUAF OLMAK İSTEDİĞİM DERS/DERSLER** |
| **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Harf Notu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Önceki öğrenimin açıklaması yapılmalıdır. *(Ör: Güreş branşında A Milli sporcuyum, 1. Kadem Yüzme Antrenör belgesine sahibim vb.)* [↑](#footnote-ref-1)