**… DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aşağıdaki çizelgede belirttiğim, ders ekleme silme işlemlerimin yapılması için gereğini bilgilerinize arz ederim.

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

|  |
| --- |
|  *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Fakülte/Enstitü/YO/MYO** |  |
| **Bölümü / Programı** |  |
| **Öğretim Türü** |[ ]  Normal Öğretim |[ ]  İkinci Öğretim |
| **Sınıf** |  |
| **Cep Telefon**  |  |
| **E-Posta Adresi** |  |
| **Akademik Yıl** | … /… |
| **Ders Dönemi** |[ ]  GÜZ |[ ]  BAHAR |

|  |  |
| --- | --- |
| **EKLE** | **SİL** |
| **Kayıtlanmak İstediğim Ders(ler)** | **Çıkartılmasını İstediğim Ders(ler)** |
| **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *Bu kısım öğrencinin danışmanı tarafından doldurulacaktır.*  |
| **Danışmanın Görüşü** |[ ]  **UYGUNDUR**  |[ ]  **UYGUN DEĞİLDİR** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20… |
| **Danışmanının Adı Soyadı** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |