****

****

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

**……………………………….. BÖLÜM BAŞKANLIĞI**

Meslek Yüksekokulunuz ………………………… Bölüm/programı, ………………… numaralı, …..… sınıf öğrencisiyim. Aşağıda kodu ve adı yazılı dersin/dersleri …….……………………………….. Üniversitesi …………………… Meslek Yüksekokulu/Yüksekokulu/Fakültesi …………………………… Bölümünden almış olduğumdan ilgili dersten/derslerden **muaf olmak** istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

ADRES: …../…./20…

……………………………………………

…………………………………………….

…………………………………………….

Cep No: 0 (…….) ………………………… Adı-Soyadı-İmza

Öğrencinin Muaf Olmak İstediği Dersler

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **Dersin Yarı Yılı** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

EK : 1-Trasnkript (….. sayfa)

2-Ders İçerikleri (…..sayfa)