KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

 Fakülteniz………………………………………Bölüm/Programı ………………........ numaralı öğrencisiyim. Azami öğrenim süresini doldurduğum için aşağıda belirtmiş olduğum derslerden tanınan ek sınav hakkından yararlanmak istiyorum.

 Gereğini bilgilerinize arz ederim. …./…../.…..

 Adı ve Soyadı : ………………………………

 İmza :

**ADRES:**

………………………………………………..

……………………………………..................

……………………………………..................

Telefon: …………………………………..

Ek Sınav Hakkı 🞏 Süre 🞏

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra****No** | **Dersin****Kodu** | **Dersin Adı** | **Sınıfı** | **Yarıyılı** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |