SİİRT ÜNİVERSİTESİ

(Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne )

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

 Bilgi ve gereğini arz ederim. …./…../.…..

 Adı ve Soyadı : ………………………………

 İmza :

**ADRES:**

………………………………………………..

……………………………………..................

……………………………………..................

Telefon: ………………………………….......

I. Ek Sınav Hakkı 🞏 II. Ek Sınav Hakkı 🞏

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **S.N** | **Dersin****Kodu** | **Dersin Adı** | **Sınıfı** | **Yarıyılı** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |