** T.C.**  

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

**(Ek Sınav Başvuru Formu)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı-Soyadı** |  |
| **Programı** |  |
| **Öğrenci No** |  |
| **Kayıt Yılı** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Cep Telefonu** |  |
| **e-posta** |  |

2022-2023 Eğitim-Öğretim Yılı sonunda azami öğrenim süresini doldurduğum için 2547 sayılı Kanunun 44 üncü maddesinin (c) fıkrası uyarınca ve Yükseköğretim Yürütme Kurulu kararları kapsamında aşağıda belirtmiş olduğum dersler için ek sınav haklarından yararlanmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.     **….…/….../2023**

**Adı Soyadı**

**İmza**

**Adres: …………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sıra  No** | **Dersin  Kodu** | **Zorunlu/Seçmeli** | **Dersin Adı** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**…………………………………………** **İlçe:**………… **İl:……………..**