****

# …../…../201

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Üniversitenizin …………………………………. programında kayıtlı öğrencinizim. Daha önce öğrenim görmüş olduğum ………………………………………………… Üniversitesi ………………….…. bölümüne ait ekteki transkriptime istinaden aşağıda belirttiğim derslerden muaf olmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İMZA

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı ve Soyadı** |  |
| **T.C.Kimlik No** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Yükseklisans Programının Adı**  |  |

## Muaf olmak istediğim dersler

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **Üniversitemizdeki Not Karşılığı** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ekler:**

**EK-1** Transkript

**EK-2** Ders İçerikleri