|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI - NUMARASI** |  |
| **İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ** |
| **FAKÜLTE – BÖLÜM ADI** | SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ |
| **KAYITLI OLDUĞU PROGRAM ADI** | ………………………….BÖLÜMÜ |
| **GELDİĞİ ÜNİVERSİTE ADI** | ………………………………………………………………ÜNİVERSİTESİ |
| **AKADEMİK YILI** | 2024-2025 GÜZ DÖNEMİ  |
| **İNTİBAK YAPILACAK YIL** | **BU KISIM BÖLÜM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** |
| **Aşağıda belirttiğim derslerin muafiyet işlemlerinin yapılmasını arz ederim.****ÖĞRENCİ İMZA:** |
| **GELDİĞİ ÜNİVERSİTE/FAKÜLTE/YÜKSEKOKUL/ BÖLÜM /PROGRAM****…………………………ÜNİVERSİTESİ.………………………..FAKÜLTESİ****………………………………………………..BÖLÜMÜ – ALINAN DERSLER** | **İNTİBAKIN YAPILACAĞI FAKÜLTE/ BÖLÜM****İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ****……………………… BÖLÜMÜ – MUAF OLUNAN DERSLER** |
| **KOD** | **DERSİN ADI** | **T** | **U** | **KR** | **AKTS** | **NOTU** | **KOD** | **DERSİN ADI** | **T** | **U** | **KR** | **AKTS** | **NOTU** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |