

YUSUF ŞEREFOĞLU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Önlisans, Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin 35.maddesine göre, aşağıda belirttiğim (en fazla 2 ders) dersten ek sınava girmek istiyorum.

Gereğini arz ederim./...../20...

Adı Soyadı:

İmza :

EK SINAVA GİRİLECEK DERS

Dersin Kodu

Dersin Adı

.....
.....
.....
.....

Fakülte :

Bölümü :

Öğrenci No :

Adres:

.....
.....

.....

Telefon:

Program Danışmanın Onayı

(Ad-Soyad)

(İmza)

Bölüm Başkanlığının Onayı

(Ad-Soyad)

(İmza)

İLETİŞİM: 0 348 814 26 66

Mail: yssbf@kilis.edu.tr

WEB: sbf.kilis.edu.tr