**T.C.**

**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KİMLİK BİLGİLERİ (Tüm alanları doldurunuz) | | | | | | |
| Adı ve Soyadı |  | | | | | |
| Öğrenci No |  | | | | | |
| Bölümü |  | | | | | |
| Telefon Numarası |  | | | | | |
| e-posta adresi |  | | | | | |
| Yazışma Adresi |  | | | | | |
| Daha önce Üniversitesi …………………. Fakültesi/Y.O/M.Y.O………….  Bölümünde aldığım ve aşağıda belirttiğim ders/derslerden muaf olmak istiyorum.  Gereğinin yapılmasını arz ederim. Tarih :  İmza: | | | | | | |
| Daha Önce Aldığım Dersin | | | | **…………………….Fakültesi/Y.O/M.Y.O**……………………Bölümünde Muaf Olmak İstediğim | | |
| ADI | | | KREDİSİ | DERSİN KODU | ADI | KREDİSİ |
|  | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |

**İLGİLİ YÖNETMELİK**

Kastamonu Üniversitesi Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği

Eklenecek Belge/Belgeler:

|  |  |
| --- | --- |
| **1.**Transkript Belgesi (Onaylı) |  |
| **2.** Onaylı Ders İçerikleri |  |