**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 |  |