**T.C.**

**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

|  |
| --- |
| KİMLİK BİLGİLERİ (Tüm alanları doldurunuz) |
| Adı ve Soyadı |  |
| Bölümü ve Sınıfı |  |
| Öğrenci No |  |
| Telefon Numarası |  |
| e-posta |  |
| Yazışma Adresi |  |

 Aşağıda belirttiğim ders/derslerin sınav notunun yeniden değerlendirilmesini istiyorum. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

İmza:

|  |
| --- |
| BAŞVURU YAPILAN DERS/DERSLERİN |
| KODU | ADI | SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI | İTİRAZ EDİLEN SINAV\* ve NOTU |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Tarih:

 **\***Ara sınav / Final / Bütünleme

|  |
| --- |
| ÖĞRENCİ İŞLERİ ONAYI |
| SINAVLARIN İLAN TARİHİNİN SON GÜNÜ : …/…/….. | ONAYLAYANIN |
|  | ADI SOYADI : İMZA : |

İLGİLİ YÖNETMELİK

Kastamonu Üniversitesi Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği