**T.C.**

**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

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

 Ekte belirtmiş olduğum mazeretimden dolayı sınavına giremediğim, aşağıda belirtmiş olduğum ders/dersler için mazeret sınavına girmek istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim. İmza :

 Tarih:

MAZERET SINAVI TALEBİNDE BULUNULAN DERSİN/DERSLERİN KODU VE ADI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| S.N. | DERSİN KODU | DERSİN ADI | SINAV TARİHİ |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

MAZERETLİ OLDUĞU GÜN (VARSA) GİRDİĞİ SINAVLAR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| S.N. | DERSİN KODU | DERSİN ADI | SINAV TARİHİ |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

**İLGİLİ YÖNETMELİK**

Kastamonu Üniversitesi Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği

**\*Eklenecek Belge/Belgeler:**

|  |
| --- |
| **1.** Mazeretini Gösterir Belge |