**T.C.**

**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

 ……/…./…….

 **Öğrencinin;**

|  |  |
| --- | --- |
| TC Kimlik No |  |
| Adı Soyadı |  |
| İletişim  |  |
| Öğrenci No |  |
| Fakülte |  |
| Bölüm |  |
| Sınıf |  |

**Alınacak Ders**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kodu** | **Adı** | **Dönemi** |
|  **Güz**  | **Bahar** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Kastamonu Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin 8. Maddesinin 11. Fıkrası gereği ......../........ Akademik Yılı Güz / Bahar yarıyılında dönem başında seçmiş olduğum yukarıda belirttiğim ders/derslere yazılmak istiyorum.

 Gereğini saygılarımla arz ederim.

 İmza

 ………………………….

|  |
| --- |
| **DANIŞMAN ONAYI**  |
|  **Uygundur Uygun Değildir**  **Adı Soyadı:** **İmzası :** |

**EKİ: -** Transkript Belgesi