**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 dışında bütün derslerimi başardım. Devam ve/veya uygulama şartlarını yerine getirdiğim aşağıda ismi belirtilen dersten mezuniyet tek ders sınav hakkımı kullanmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

 Tarih: İmza:

|  |
| --- |
| DERSİN |
| KODU | ADI |
|  |  |
| DANIŞMAN ONAYI (Bölüm Başkanlığınca onaylattırılacaktır) |
|  Devam ve/veya uygulama şartlarını yerine getirmiştir Adı-Soyadı: Tarih : İmza : |
| ÖĞRENCİ İŞLERİ ONAYI |
|  Devam ve/veya uygulama şartlarını yerine getirmiştir Adı-Soyadı: Tarih : İmza : |

İLGİLİ YÖNETMELİK

Kastamonu Üniversitesi Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği