



**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
..... Fakülte/Yüksekokul/Enstitüsüne

**Ders Ekleme ve Bırakma Dilekçesi**

...../...../.....

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı          |  |
| T.C. Kimlik/Yabancı Kimlik No. |  |
| Öğrenci No.                    |  |
| Fakülte/Yüksekokul/Enstitü Adı |  |
| Bölüm/Program Adı              |  |
| Adresi                         |  |
| E-Posta Adresi                 |  |
| Telefon Numarası               |  |

.....-..... Eğitim-Öğretim Yılı ..... Yarıyılında aşağıda belirtilen dersleri bırakmayı/eklemeyi talep ediyorum.

Gereğini arz ederim.

İmza  
Adı Soyadı

| Bırakılacak Dersin |     | Eklenecek Dersin |     |
|--------------------|-----|------------------|-----|
| Kodu               | Adı | Kodu             | Adı |
|                    |     |                  |     |
|                    |     |                  |     |
|                    |     |                  |     |
|                    |     |                  |     |

| Öğrenci Danışmanı                                                                                                                | Bölüm Başkanı                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Yukarıda belirtilen eklenecek ve bırakılacak dersler uygundur.<br><br><div style="text-align: center;">İmza<br/>Adı Soyadı</div> | Yukarıda belirtilen eklenecek ve bırakılacak dersler uygundur.<br><br><div style="text-align: center;">İmza<br/>Adı Soyadı</div> |