/ /20

**KÖYCEĞIZ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**MÜDÜRLÜĞÜNE**

Yüksekokulunuz Programı

numaralı öğrencisiyim. Önceki yükseköğretim kurumunda almış olduğum dilekçem ekinde belirttiğim derslerden muaf olmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

|  |
| --- |
| **ÖNCEKİ ÜNİVERSİTE ADI / BÖLÜM-PROGRAM** |
| **MEZUN İSE YILI / KAYIT SİLİNDİYSE NEDENİ VE TARİHİ** |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ İLETİŞİM BİLGİLERİ** |
| **Cep Tel No :**  **E-posta:** |

1