**KÖYCEĞİZ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Yüksekokulunuz …………………………………………………………… programı ………………………. numaralı öğrencisiyim ……………………………………………… dersi/dersleri muafiyet sınavından hak ettiğim muafiyetten yararlanmak istemiyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

……/……/20…

**Ad Soyad**

**İmza**