**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**