SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HAMİDİYE SAĞLIK HİZMETLERİ MYO

(Ders Sonuçlandırma/İlanı İptal Formu)

 Tarih: .../…/20…

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Öğretim Elemanı  | Program Adı   | Dersin Kodu  | Dersin Adı  | İptal edilecek sınav  |  |   |
| Vize  |  Vize- Maz.  | Final   |  Büt  |  Tek Ders  | Ek Snv.  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 20…/20… Eğitim Öğretim Yılı ……………Yarıyılı’na ait, yukarıda bilgileri yazılı olan dersin/derslerin sınavı notlarının sonuçlandırma işleminin iptal edilmesi hususunda;

 Gereğini arz ederim.

 İsim Soyisim

 İmza