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