

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**Hamidiye Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu**

**YARIYIL SONU (FİNAL) SINAV ÜCRETİ FORMU**

**20…/20…** Eğitim Öğretim Yılı **…….** Döneminde **Hamidiye** **Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu**’nda yarıyıl sonunda yaptığım final sınavlarına ait bilgiler aşağıdadır.

Bilgilerinize arz ederim.

**…./…./20....**

**İmza:**

**ÖĞRETİM ELEMANININ:**

Unvanı, Adı Soyadı **.……………….………………….**

T.C. Kimlik Numarası **.……………….………………….**

Birimi **.……………….………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SN** | **Dersin Kodu ve Adı** | **Programı** | **Sınava Giren Öğrenci**  **Sayısı** | **Sınav Tarihi ve Saati** | **Gösterge Puanı** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**TOPLAM: …… ………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gösterge Katsayı Hesap Cetveli** | |
| **ÖĞRENCİ SAYISI** | **GÖSTERGE PUANI** |
| 0-50 | 300 |
| 51-100 | 600 |
| 101-150 | 900 |
| 151-200 | 1200 |
| 201-250 | 1500 |
| 251-300 | 1800 |
| 301-350 | 2100 |
| 351-400 | 2400 |
| 401-450 | 2700 |
| 451 ve üstü | 3000 |

Yüksekokul Müdürü

Doç. Dr. Şemsi Nur KARABELA

İmza:………………

Bölüm Başkanı

………………………………………

İmza:………………