**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

|  |
| --- |
| **Öğrenciye Ait Bilgiler** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Öğrenci No** |  |
| **Programı - Sınıfı** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-posta** |  |
| **Adres** |  |

Aşağıda belirtilen dersin/derslerin sınavına, mazeretim olması nedeniyle giremediğimden, ekte yer alan mazeretimi gösterir belgeye istinaden mazeret sınavına girmek istiyorum.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim. …../…../20….

 **İmza:**

|  |
| --- |
| **Mazeret Sınavı istenilen;** |
| **Dersin Adı** | **Dersi Veren Öğretim Üyesinin Adı Soyadı** | **Dersin Sınav Tarihi** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**EKLER:**

Mazereti Gösterir Belge