T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

(……Bölüm Başkanlığına)

20..-20.. Eğitim-Öğretim Yılı Güz Yarıyılında Ordu Üniversitesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin 10/1 maddesi gereği bir üst sınıftan aşağıda belirttiğim ders/dersleri almak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

Tarih :
Telefon :
Adres :

Adı Soyadı :
Numarası :
Sınıfı :
Genel Not Ortalaması :

No	Dersin Kodu	Dersin Adı	Dersin AKTS'si	Açıklama Uygundur/Uygun Değildir
1				
2				
3				
4				

Danışman
Adı Soyadı
İmza

Bölüm Başkanı
Adı Soyadı
İmza