



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

*Azami Öğrenim Süresinin Tamamlayanlar için Ek Sınav Başvuru Formu*

**Öğrencinin:**

**Adı Soyadı** : .....

**Bölümü** : .....

**Öğrenci No.** : .....

**Cep No.** : .....

**Azami öğrenim süresinin tamamlayanlar için yapılacak olan ..... sınavına aşağıda belirttiğim derslerden katılmak istiyorum.**

**Gereğini arz ederim.**

../.. / 20..  
İmza

SIRA NO	ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU	
	DERS KODU	DERS ADI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
<b>ÖĞRENCİ İŞLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ ONAY</b>		

Üsküdar Üniversitesi olarak tüm bireylerin özel hayatının gizliliğine saygı duyuyor ve önem veriyoruz. Bu bağlamda sizlerden edindiğimiz bilgileri güvenli bir şekilde saklayarak ilgili yasa gereği korumaktayız.  
Detaylı bilgi için <https://uskudar.edu.tr/tr/sayfa/481/kisisel-verilerin-korunmasi> linkini ziyaret edebilirsiniz