

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

İNSAN VE TOPLUM BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

.../...../20..

ÇAKIŞAN SINAV BİLDİRİMİ

Öğrencinin Adı ve Soyadı: .....

Öğrenci Numarası: .....Öğrencinin Telefon Numarası:.....

Öğrencinin Bölümü:.....Sınıfı:.....

Sınavların Çakıştığı Tarih ve Saat: .....

Öğrencinin **vaktinde** gireceği sınav :.....Dersin Hocası: .....

Öğrencinin **Çakışan Sınav Saatinde** gireceği sınav:.....Dersin Hocası: .....

Öğrencimiz çakışan sınavların yapılacağı gün ve saatte gireceği sınavı yukarıdaki şekilde beyan etmektedir.

Öğrencinin İmzası

İlgili Bölümün Sınav Koordinatörünün İmzası

**\*NOT:** Öğrenciler, kendi **bölümlerinin** ve **sınıflarının** sınavlarına vaktinde gireceklerdir. Diğer bölüm ya da alt sınıftan aldıkları derslerin sınavlarına **ilan edilecek olan Çakışan Sınav Saatlerinde** ve tarihlerinde gireceklerdir.