

**DİLEKÇE**

**Adı Soyadı : Öğrenci No : Fakülte : Bölüm :**

**Sınıf : Cep No : E-Posta : Tarih :**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakültenizin yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencisiyim,

Gereğini arz ederim.

İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DERS KODU** | **DERS ADI** | **DERSİN ÖĞRETİM ELEMANI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ÜÜ.FR.034 Revizyon No: 0 (08.11.2016)