



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

DİLEKÇE

Adı Soyadı : Sınıf :
Öğrenci No : Cep No :
Fakülte : E-Posta :
Bölüm : Tarih :

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültenizin yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencisiyim,

Gereğini arz ederim.
İmza

DERS KODU	DERS ADI	DERSİN ÖĞRETİMELEMANI