**…. / …. / 20****2…**

**T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**…………………………Fakültesi**

**SINAV ÇAKIŞMASI BİLDİRİM DİLEKÇESİ**

# Aşağıda kimlik bilgilerim bulunmaktadır. Aldığım derslerden sınav çakışması olup, belirtilen tarih ve saatte sorumlu olduğum adı geçen dersin sınavına uygun bir zamanda girmeyi talep ediyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**Öğrencinin Adı ve Soyadı :** …………………………………………………………………………...

**Bölümü ve Sınıfı :** …………………………………………………………………………….  
**Öğrenci Numarası :** …………………………………………………………………………...

**ÇAP/YANDAL Yapıyorsa Bölümü:** …………………………………………………………………. **1) Sınavına Gireceği Ders: (Öncelik Kendi Bölümü ve Alt Sınıftan Aldığı Ders)** …………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Dersin Öğretim Elemanı:** ………………………………………………………………………………

**Sınav Tarihi, Saati ve Derslik Yeri:** …………………………………………………………………...

**Sınavı yapacak Öğretim Elemanın İmzası:**……………………………………………………………

**2) Sınavına SONRADAN Gireceği Ders:** ………………………………………………………

**Dersi Hangi Bölümden Aldığı:** ………………………………………………………………………… **Dersin Öğretim Elemanı:** ………………………………………………………………………………

**Sınav Tarihi, Saati ve Derslik Yeri:** …………………………………………………………………... **Öğr. Cep Tel. No:** ………………………………………………………………………………………

**Öğrenci İmzası:** …………………………………………………………………………………………