



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
DİLEKÇE

Adı Soyadı _____ Numara _____
Program _____ Sınıf _____
Cep No _____ E-Posta _____
Dilekçe No (Müdürlük verecek) _____ Tarih _____

Gereğini arz ederim.

İmza

DERS KODU	DERS ADI	ÖĞRETİM ELEMANI