**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı’na**

 Fakülteniz …………………………………………… Bölümü ……………………………...numaralı öğrencisiyim.

Daha önce öğrenim gördüğüm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Üniversitesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Fakültesi/Meslek Yüksekokulu’nda başarılı olduğum, ekte sunduğum muafiyet listesinde belirttiğim ders/derslerden **muaf** olmak istiyorum.

 Gereğini saygılarımla arz ederim. ……./……/20……

 Adı Soyadı İmza

**EKLER:**

**1)** Transkript Belgesi (\_\_\_\_\_ Adet)

**2)** Ders İçeriği (\_\_\_\_\_ Adet)

**3)** Muafiyet Listesi(\_\_\_\_\_\_ Adet)

**Adres:**

**Telefon:**

**e-mail:**

**DERS MUAFİYET LİSTESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Daha Önce Okuduğum Dersin Kodu/Adı/Kredisi** | **Muaf Olmak İstediğim** **Dersin Kodu/Adı/Kredisi** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |