



KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SİMAV SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
YAZ OKULUNDA BAŞKA ÜNİVERSİTEDEN DERS ALMA
BAŞVURU FORMU



ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrenci No	
TC Kimlik No	
Adı Soyadı	
Bölüm/Program	
Cep Telefonu	

Derslerin Alınacağı Üniversite Bilgileri	Üniversite					
	Akademik Birim					
	Bölüm / Program					
	Yaz Okulu Başlangıç/Bitiş Tarihi	Başlangıç:/...../..... Bitiş:/...../.....				
Ders Karşılaştırma Tablosu (Öğrenci tarafından doldurulacaktır.)			Değerlendirme (Danışman ve Bölüm Başkanı Tarafından Doldurulacaktır.)			
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi			Karşı Üniversitedeki			
Kodu	Adı	Akts	Kodu	Adı	Akts	
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil
						<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil

BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Önlisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönergesi'ni okudum. Yukarıda belirtmiş olduğum dersleri söz konusu Üniversiteden almak istiyorum. Ancak karşı Üniversitede söz konusu dersten/derslerden açılmayan olup ders değişikliği ile kayıtlı olduğum akademik birime süresi içerisinde herhangi bir başvuru yapmadığım takdirde doğacak yükümlülükleri kabul ediyorum.

Gereğini arz ederim.

...../...../20.....
Adı Soyadı

İmza

Ekler: Yaz okulunda alınacak derslerin içerikleri

Not: Eksik veya yanlış bilgiden doğacak hataların sorumluluğu başvuruda bulunan kişiye aittir.

DANIŞMAN ONAYI		BÖLÜM BAŞKANI ONAYI	
ÜNVAN AD SOYAD		ÜNVAN AD SOYAD	
TARİH / /	TARİH / /
İMZA		İMZA	