SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

2024-2025 eğitim-öğretim yılında fakültenize Yükseköğretim Kurumları Sınavı sonucunda yerleştirilerek kayıt yaptırdım. Daha önce eğitim görmüş olduğum fakültede alıp başarılı olduğum derslerden fakültenizde eş değer olduğunu düşündüğüm ve aşağıda belirttiğim derslerden muaf olmak istiyorum.

 Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Adres : Tarih

Tlf : Adı Soyadı

E Posta: İmza

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………….Üniversitesi………………………Fakültesinde Almış ve Başarmış Olduğum Dersler | Sivas Cumhuriyet ÜniversitesiEczacılık Fakültesinde Muaf Olmayı İstediğim Dersler |
| Dersin |  |  |  | Dersin |  |  |  |
| Kodu | Adı | T | P | K | Kodu | Adı | T | P | K |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………Üniversitesi………………….Fakültesinde Almış ve Başarmış Olduğum Dersler | Sivas Cumhuriyet ÜniversitesiEczacılık Fakültesinde Muaf Olmayı İstediğim Dersler |
| Dersin |  |  |  | Dersin |  |  |  |
| Kodu | Adı | T | P | K | Kodu | Adı | T | P | K |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |