 **T.C.**

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ** 

**TAVŞANLI SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

**…………………………………………………… BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

………………….…………………….… Programı …….……..……… no’lu …. sınıf öğrencisiyim. 20… / 20… Eğitim - Öğretim Yılı ..……… döneminde aldığım ……..……………kodlu ……………………………………..(Şube….) dersinin ………… olan ….…………………sınavı notumun tekrar incelenmesini istiyorum.

 Gereğinin yapılmasını arz ederim.

 **Adı-Soyadı :**

**Tel No:** **İmza :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Tarihi**  |  |
| **Not Açıklanan Tarih**  |  |
| **Ders Öğr. Elemanı/Üyesi**  |  |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **Not:** Bu kısım dersin Öğretim Elemanı tarafından doldurulacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Maddi Hata Vardır.** | **Maddi Hata Yoktur.**  |

 **Öğretim Elemanı :**

 **Ünvanı Adı Soyadı :**

 **İmza :**

Maddi Hata var ise;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öğrenci Numarası** | **Adı Soyadı** | **Eski Not** | **Yeni Not** |
| **Rakamla** | **Yazıyla** | **Rakamla** | **Yazıyla** |
|  |  |  |  |  |  |

 **Öğretim Elemanı :**

 **Ünvanı Adı Soyadı :**

 **İmza :**

**Not:** \*Maddi hataya rastlanılması durumda bu dilekçe ile beraber sınav cevap evraklarının ve öğrenciye ait sınav evraklarının fotokopisi eklenmelidir.

 \* Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Önlisans Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönergesi 32. Maddenin 2. Fıkrasına göre yapılır.