**** 

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

 **DERS SAYDIRMA ve KREDİ TRANSFER DİLEKÇESİ**

|  |
| --- |
|  Tarih:   /  /    **GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**Enstitü ………………………….. Anabilim Dalı .……….. tarih ………. sayılı Kurul Kararı uyarınca aşağıdaki tabloda belirtilen dersler için muafiyet uygulanması ve ilgili lisansüstü programa kredi transferlerinin yapılması önerilmektedir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.  İmza       **Anabilim Dalı Başkanı** (Unvanı, Adı ve Soyadı)   |
| **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Kredi** | **Harf/Rakam Notu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ders Saydırma ve Kredi Transfer Talebi** |
| Tarih:   /  /    Enstitü …………………………………… Anabilim Dalı yüksek lisans/doktora programı …………………………………………. numaralı öğrencisiyim. Daha önce ………………………………… üniversitesi …………………………………… enstitüsü ……………………………………… yüksek lisans/doktora programından almış olduğum, ekteki transkripte, ders içeriklerinde ve aşağıdaki tabloda yer alan dersler için kayıtlı bulunduğum lisansüstü programda derslerimin saydırılması, muafiyet uygulanması ve kredi transferlerinin yapılması yönünde gereğini arz ederim.  İmza (Öğrenci, Adı-Soyadı)  |
| **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **Statüsü(1)** | **Yılı** | **AKTS** | **Kredisi** | **Harf/Rakam Notu** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Statüsü(1): ÖÖ:Özel Öğrenci, KS:Kaydı Silinmiş, BÜ: Başka Üniversiteden, KÜ:Kendi Üniversiteden |
| Danışmanın/Ders Sorumlu Öğretim Üyesinin Görüşü: (Açıklamalı olarak ifade edilecektir.)Uygundur-İmza(Danışman/Ders Sorumlu Öğretim Üyesi Adı-Soyadı) |

|  |
| --- |
| **ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI** |
| Karar No:      Tarih:   /  /    Ekteki Enstitü Yönetim Kurulu Kararında yer alan derslerin muafiyet ve kredi transfer işlemleri uygun bulunmuştur. İmza **Enstitü Müdürü** |
| **SBE/GSBE Form No:2019/17** |