****

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

 **DERS SAYDIRMA ve KREDİ TRANSFER DİLEKÇESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Tarih:   /  /     **HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**Enstitü ………………………….. Ana Bilim 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 **Ana Bilim Dalı Başkanı** (Unvanı, Adı ve Soyadı)

|  |
| --- |
| **Ders İntibak ve Kredi Değerlendirmesi** |
| **…………………… Üniversitesi ………………… Enstitüsü****(Daha Önce Alınan Dersler)** | **SBÜ Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü(Kredi Transferi Yapılması Planlanan Dersler)** |
| **Dersin Kodu ve Adı** | **Dersin Dönemi** | **Z/S** | **Kredi**  | **AKTS** | **Not** | **Dersin Kodu ve Adı** | **Dersin Dönemi** | **Z/S** | **Kredi**  | **AKTS** | **Not** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  |

|  |
| --- |
| **Ders Saydırma ve Kredi Transfer Talebi** |
| Tarih:   /  /    Enstitü …………………………………… Ana Bilim Dalı yüksek lisans/doktora programı ……………. numaralı öğrencisiyim. Daha önce almış olduğum, ekteki transkripte ve yukarıda tabloda yer alan dersler için kayıtlı bulunduğum lisansüstü programda muafiyet uygulanması ve kredi transferlerinin yapılması yönünde gereğini arz ederim.  Uygundur-İmza İmza (Danışman, Adı-Soyadı) (Öğrenci, Adı-Soyadı)   |

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

**Ek: Transkript ve Ders İçerikleri**