



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ARNAVUTKÖY DARÜLACEZE SAĞLIK
HİZMETLERİ MYO
(Ders Sonuçlandırma/İlanı İptal Formu)

Tarih: .../.../20...

Öğretim Elemanı	Program Adı	Dersin Kodu	Dersin Adı	İptal edilecek sınav					
				Vize	Vize-Maz.	Final	Büt	Tek Ders	Ek Snv.

20.../20... Eğitim Öğretim Yılı..... Yarıyılı'na ait, yukarıda bilgileri yazılı olan dersin/derslerin sınavı notlarının sonuçlandırma işleminin iptal edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

İsim Soyisim

İmza