……/……./……..

**………….. …………….. BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞINA**

Bölümünüz ……….…….. numaralı öğrencisiyim. 20….-20…. Eğitim-öğretim yılında ……..… Sınavı sonucuyla/ ……………..… Yatay Geçişle ……..………………… Bölümüne yerleştirildim. Ders Programımda yer alan aşağıdaki derslerimden, daha önce öğrenim gördüğüm ………………………………………………. Üniversitesi ……………………...……. Fakültesi/Yüksekokulu ………………….………Bölümünde almış ve başarmış olduğum için muaf sayılmak istiyorum. Başarılı olduğum derslere ilişkin transkript ve ders içerikleri ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 Adı ve Soyadı :

 İmza :

**Adres:**

**Telefon No:**

**E-mail adresi :**

**Eki:** Transkript ve ders içerikleri (…… sayfa)

|  |  |
| --- | --- |
| **……………..…………….Üniversitesi** **…………………………. Fakültesi/Yüksekokulu****………………………….. Bölümü Dersleri** | **Toros Üniversitesi** **……………………..... Fakültesi****………………………. Bölümü Dersleri** |
| **Kodu** | **Dersin Adı** | **Krd/ Saat** | **AKTS** | **Not** | **Kodu** | **Dersin Adı** | **Krd/ Saat** | **AKTS** | **Not** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kodu** | **Dersin Adı** | **Krd/ Saat** | **AKTS** | **Not** | **Kodu** | **Dersin Adı** | **Krd/ Saat** | **AKTS** | **Not** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |