**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakülteniz …………………………………. Bölümü ………………………………. numaralı ….. sınıf öğrencisiyim. 20……-20….. Eğitim-Öğretim Yılı ………. Dönemi vize/final sınav programında yer alan aşağıda belirtilen derslerimin sınavları gün ve saat olarak çakışmaktadır. Aşağıdaki tabloda işaretlediğim dersin/derslerin telafi sınavına girmek istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Ad Soyad:

İmza:

Tel:

Mail:

Tarih:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İlk Ders (A)** | | | **Çakışan Ders (B)** | | | **Mazerete Gireceğim Ders** | |
| Ders Kodu | Ders Adı | Sınav Tarihi ve Saati | Ders Kodu | Ders Adı | Sınav Tarihi ve Saati | A | B |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |