……………………………………………..BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

 Bölümünüz .............................................Programı ............................... no'lu öğrencisiyim. Tek Ders Sınavına girmek istiyorum.

 Gereğini arz ederim.

Adres ve Tel : Adı Soyadı

 İmza

 …..../..…./202….

Öğrencinin Akademik Danışmanın

Adı ve Soyadı : ........................................... Adı ve Soyadı : ...............................

Numarası : ........................................... İmza……………………………….

Programı : ........................................... ……/……/20…..

Dersin Adı : ...........................................

**ÖNEMLİ NOT : İgili form doldurulup imzalandıktan sonra** milas@mu.edu.tr **adresine email gönderilmesi gerekmektedir.**