T.C. İSTANBUL ŞİŞLİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİ İŞLERİ BİRİMİ'NE

.../../20..

Adı Soyadı : _____

Öğrenci No : _____

TC Kimlik No: _____

Program : _____

Adres : _____

Telefon : _____

Muafiyet İstenen Dersin/ Derslerin;

Kodu	**Adı**

Yukarıda belirttiğim dersten/lerden muaf sayılmam hususunu bilginize arz ederim.

Adı Soyadı
İmza

EKLER:
1. Transkript
2. Ders İçerikleri

FORM: İŞMYO-Öİ-02