T.C.
ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
…… FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA/YÜKSEKOKULMÜDÜRLÜĞÜNE

…… /... / .....

Fakültenizin/Yüksekokulumuzun……bölümü/programı ..... numaralı öğrencisiyim. Daha önce almış olduğum ve aşağıda belirttiğim derslerden muaf olmak istiyorum.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İmza

ÖSYM ☐ DGS ☐ ÇAP ☐ YATAY G. ☐ Adı Soyadı

Daha Önce Alıp Başarılı Olduğum				**Muaf Olmak İstediğim**		
Dersin Kodu	**Dersin Adı**	**AKTS**	**Başarı Notu**	**Dersin Kodu**	**Dersin Adı**	**AKTS**

Not:
1-Öğrenci daha önce aldığı dersin karşısına, muaf olmak istediği dersi yazmak zorundadır.
2. Öğrenci, transkript ve muaf olmak istediği derslere ait ders içeriklerini gösteren belgeleri dilekçesine eklemelidir.
3. Beyan ettiğim bilgilerin doğru olduğunu, yanlışlık durumunda sorumluluğun tarafıma ait olduğunu ve muaf olunan derslerden geri çekilme hakkım olmadığını kabul ediyorum.