**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**(Dönem ….. Koordinatörlüğüne)**

Fakülteniz …………………. numaralı, Dönem …….. öğrencisiyim. … / …/ …. tarihinde yapılacak olan bütünleme sınavına girmek istiyorum.

Gereğini arz ederim. ……./……/202…..

T.C Kimlik No:

Telefon : **Adı Soyadı**

Adres: **İmza**

**NOT:**

1. **Sınav tarihinden en az üç iş günü önce dilekçe verilmesi zorunludur.**
2. **Sınava girmek için imzalayarak teslim etmiş olduğum dilekçemdeki yanlış beyan veya dikkatsizlikten dolayı oluşabilecek sorumluluğu kabul ediyorum.**