**T.C.**

**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE,**

İzmir Demokrasi Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin 19/1 maddesine istinaden mazeretimi bildirir belge ektedir.

Sınavlar için mazeretimin kabul edilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 T.C. Kimlik No :

Öğrenci Adı Soyadı :

Bölümü/Programı :

Öğrenci No :

Cep Tel No :

E-posta Adresi :

Dilekçe Tarihi :

İmzası :

Mazeret Nedeni :

Raporun Alındığı Kurum:

Alındığı Tarih :

Süresi :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra** | **Dersin Kodu** | **Dersin Adı** | **Dersi Veren Öğretim Elemanı** | **Sınav Tarihi** | **Sınav Saati** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

Mazerete Girilecek Ders ile İlgili Bilgiler:

**Uyarı:** Bu form, yazılıp imzalandıktan sonra **imzalı halinin ve raporunuzun görselini** shmyo@idu.edu.tr adresine e-posta yoluyla ulaştırınız.