T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültenizin ………………………………………………………………….. Bölümü ………………numaralı öğrencisiyim. ………./………. Eğitim Öğretim Yılı …….. Yarıyılında almış olduğum aşağıda belirtilen ders/derslere ilişkin sınav kağıdımın, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin 25. Maddesinin 2. Fıkrası uyarınca yeniden incelenmesini istiyorum.

İmza : …………………

Tarih : \_ \_ / \_ \_ / 20\_

Adı Soyadı :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dersin Kodu ve Adı** | **Dersi Yürüten Öğretim Elemanı** | **Dersin Not İlan Tarihi** | **Sınav Türü** |
|  |  |  | [ ] Arasınav  [ ] Yarıyıl Sonu  [ ] Bütünleme |
|  |  |  | [ ] Arasınav  [ ] Yarıyıl Sonu  [ ] Bütünleme |
|  |  |  | [ ] Arasınav  [ ] Yarıyıl Sonu  [ ] Bütünleme |

\* Öğrenci; sınav sonuçlarının duyurulmasından itibaren en geç bir hafta içinde bağlı olduğu ilgili akademik birime dilekçe ile başvurarak sınav kağıdının yeniden incelenmesini isteyebilir.