……../……../20..

**SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Sağlık Bilimleri Fakültesi …………..…………….. Bölümü ……………… numaralı öğrencisiyim. **Mezuniyet için bölüm ders planında bulunan ve almakla yükümlü olduğum zorunlu ve seçmeli derslerin tamamını başardım ve 2.00 ortalamayı sağladım.** 26.09.2019 tarih ve 8 sayılı Üniversite Senatosunun 8 nolu kararı ile **10 AKTS değerine kadar tanınan İntibak AKTS** hakkından yararlanarak mezuniyet için aranan 240 AKTS şartını sağlamak için (**…………) AKTS** açığımın tamamlanması hususunda gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Imza

 Ad/Soyad:

**Adres:**

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

**Gsm :**.………………………………………………

**E-Mail:**………………………………………………..