



**İÜ**  
**Yabancı Diller Yüksekokulu Müdürlüğü**  
**TEK DERS SINAVI TALEP FORMU**

**Öğrencinin;**

<b>Adı Soyadı:</b>
<b>Öğrenci No:</b>
<b>Fakülte / YO / MYO:</b>
<b>Telefon No:</b>
<b>E- Posta:</b>
<b>Sınava Gireceği Ders :</b> <input type="checkbox"/> YD1 <input type="checkbox"/> YD2
<b>Sınav Tarihi:</b>
<b>Sınav Saati:</b>

**İmza/Tarih**

**Teslim Alan**