**MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ**

**EKLE - SİL FORMU**

****

**Öğrenim Protokolünde Yapılacak Değişiklikler**

(Sadece gerekli ve ders programında değişiklikler söz konusu olduğunda kullanınız.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EĞİTİM ÖGRETİM YILI** | | | **GÜZ DÖNEMİ** | | | **BAHAR DÖNEMİ** | | **GÜZ ve BAHAR DÖNEMİ** | |
| **2018/2019** | | |  | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** | | |  | | | | | | |
| **Öğrenci Numarası** | | |  | | | | | | |
| **TC Kimlik No** | | |  | | | | | | |
| **Enstitü/Fakülte/Yüksekokul/M.Y.O.** | | |  | | | | | | |
| **ABD/Bölümü/Programı** | | |  | | | | | | |
| **Kabul Eden Yükseköğretim Kurumu** | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | **Kabul Eden Yükseköğretim Kurumunda**  **Alınacak Dersler** | | | | **Gönderen Yükseköğretim Kurumunda**  **Sayılacak Dersler(Muş Alparslan Üniversitesi)** | | | | |
| **Öğrenim Protokolünden Silinecek Dersler** | | | | | | | | | |
|  | **Kod** | **Dersin Adı** | | **Kredi/AKTS** | **Kod** | | **Dersin Adı** | | **Kredi/AKTS** |
| 1 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 2 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 3 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 4 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 5 |  |  | |  |  | |  | |  |
| **TOPLAM KREDİ/AKTS** | | | |  | **TOPLAM KREDİ/AKTS** | | | |  |
| **Öğrenim Protokolüne Eklenecek Dersler** | | | | | | | | | |
|  | **Kod** | **Dersin Adı** | | **Kredi/AKTS** | **Kod** | | **Dersin Adı** | | **Kredi/AKTS** |
| 1 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 2 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 3 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 4 |  |  | |  |  | |  | |  |
| 5 |  |  | |  |  | |  | |  |
| **TOPLAM KREDİ/AKTS** | | | |  | **TOPLAM KREDİ/AKTS** | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **Öğrencinin İmzası** | | | | | Tarih: …./ …. / …. | | | | |
| **GÖNDEREN KURUM:** Öngörülen ders programının/öğrenim protokolünün uygun olduğunu onaylıyoruz. | | | | | | | | | |
| **Bölüm Başkanı veya Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Tarih …./ …. / …. İmza | | | | | **Kurum Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Doç.Dr.Muhammed ÇINAR  Tarih …./ …. / …. İmza | | | | |
| **KABUL EDEN KURUM:** Öngörülen ders programının/öğrenim protokolünün uygun olduğunu onaylıyoruz. | | | | | | | | | |
| **Bölüm Başkanı veya Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Tarih …./ …. / …. İmza | | | | | **Kurum Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Tarih …./ …. / …. İmza | | | | |