**MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ **



**FARABİ DEĞİŞİM PROGRAMI**

**ÖĞRENİM PROTOKOLÜ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EĞİTİM ÖGRETİM YILI** | | | | | | **GÜZ DÖNEMİ** | | | **BAHAR DÖNEMİ** | | **GÜZ ve BAHAR DÖNEMİ** | | |
| **20…/20…** | | | | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
| **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**  **(……………….. Üniversitesi)** | | | | | | | **Gönderen Yükseköğretim Kurumunda Sayılacak Dersler**  **(Muş Alparslan Üniversitesi)** | | | | | |
| **Kod** | | **Dersin Adı** | | **Kredi** | | **AKTS** | **Kod** | | **Dersin Adı** | | **Kredi** | **AKTS** |
| 1 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 2 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 3 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 4 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 5 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 6 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 7 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 8 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 9 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 10 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| **TOPLAM** | | | | |  | |  | **TOPLAM** | | | |  |  |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
| **Öğrencinin İmzası** | | | | | | | | Tarih …./…./20… | | | | | |
| **GÖNDEREN KURUM:** Öngörülen ders programının/öğrenim protokolünün uygun olduğunu onaylıyoruz. | | | | | | | | | | | | | |
| **Bölüm Başkanı veya Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Tarih İmza  …./…./20… | | | | | | | | **Kurum Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Dr. Öğretim Üyesi Mahmut AKAR  Tarih İmza  …./…./20… | | | | | |
| **KABUL EDEN KURUM:** Öngörülen ders programının/öğrenim protokolünün uygun olduğunu onaylıyoruz. | | | | | | | | | | | | | |
| **Bölüm Başkanı veya Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Tarih İmza  …./…./20… | | | | | | | | **Kurum Koordinatörünün Adı-Soyadı**  Tarih İmza  …./…./20… | | | | | |