



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Merkezi Otomasyon Birimi



DERS EKLE/SİL BAŞVURU FORMU

İşlem Başlangıç Tarihi: ___/___/201__

İşlem Bitiş Tarihi: ___/___/201__

Adı Soyadı	
Fakülte No	
Fakülte	
Program/Bölüm/Sınıf	
GSM	
e-posta	_____@uludag.edu.tr

Silinen Ders/ Derslerin:

D.Kodu	Adı	Türü (Z/S)	AKTS	Açıklama

ONAY:
(Silinen Ders/Derslerin Koordinatörü)

Eklenen Ders/ Derslerin:

D.Kodu	Adı	Türü (Z/S)	AKTS	Dersin Alınacağı Bölüm

ONAY:
(Eklenen Ders/Derslerin Koordinatörü)

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI
İMZA

SİLİNE/EKLENE DERSİN GEREKÇESİ:

NOT: İmza sahipleri formdaki bilgilerden sorumludur.