**EKLE - SİL FORMU**

****

**Öğrenim Protokolünde Yapılacak Değişiklikler**

( Ekle-Sil Formları AKTS ile düzenlenmelidir.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EĞİTİM ÖGRETİM YILI** | **GÜZ DÖNEMİ** | **BAHAR DÖNEMİ** | **GÜZ ve BAHAR DÖNEMİ** |
|  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |
| **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****(Karabük Üniversitesi)** |
| **Öğrenim Protokolünden Silinecek Dersler** |
|  | **Kod** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Kod** | **Dersin Adı** | **AKTS** |
| 1 |       |       |       |       |       |       |
| 2 |       |       |       |       |       |       |
| 3 |       |       |       |       |       |       |
| 4 |       |       |       |       |       |       |
| 5 |       |       |       |       |       |       |
| **TOPLAM KREDİ** |       | **TOPLAM KREDİ** |       |
| **Öğrenim Protokolüne Eklenecek Dersler** |
|  | **Kod** | **Dersin Adı** | **AKTS** | **Kod** | **Dersin Adı** | **AKTS** |
| 1 |       |       |       |       |       |       |
| 2 |       |       |       |       |       |       |
| 3 |       |       |       |       |       |       |
| 4 |       |       |       |       |       |       |
| 5 |       |       |       |       |       |       |
| **TOPLAM KREDİ** |       | **TOPLAM KREDİ** |       |
|  |
| **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**Öğr. Gör. Oya ÖNALANTarih 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      /       /       |