|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **YABANCI DİLLER YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** | **:** |  |
| **Kimlik Numarası** | **:** |  |
| **Fakülte / Yüksekokul** | **:** |  |
| **Bölümü / Programı** | **:** |  |
| **Öğrenci No** | **:** |  |

 Üniversitemiz Yabancı Diller Yüksekokulu Akademik Takviminde belirtilen …./…/20…. tarihinde yapılacak olan Yeterlilik Sınavına girmek istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim.  Tarih: …./.…/20..… İmza:**Telefon/e-posta:****Adres:** |