|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** |