

**T.C.**

**AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

Yüksekokulunuzun...…………………..Bölümü Birinci/İkinci Öğretim Programı .….sınıf .……………….. numaralı öğrencisiyim. 20…../20…..Eğitim-Öğretim yılı **Güz/Bahar** yarıyılında okulunuz …………………. Bölümü/Programı Birinci Öğretim / İkinci Öğretim ….. sınıfına başarı genel not ortalamasına (AGNO) göre yatay geçiş yapmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

 ..…/..…/20….. Adı Soyadı /İmzası

Tel:

Ekler: