

T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ SINAV İTİRAZ FORMU

Öğrencinin Adı-Soyadı:	Tarih / /20		
Numarası:			
Eğitim-Öğretim Yılı:			
Dönem:	[] Güz	[] Bahar	
Sınıf:			
Kurul/Staj Adı:			
Sınav Tarihi:			
Sınav Sonuç Açıklanma Tarihi:			
Ders Adı:			
İtiraz Açıklaması			
İtirazla İlgili Detaylar			
Konu / Alt Başlık	Soru No.	Gerekçe	Destekleyen Kaynaklar

İmza: