

Başvuru sahibi tarafından eksiksiz olarak doldurulacaktır. Eksik başvurular dikkate alınmayacaktır.	Adı Soyadı:		
	TC Kimlik No:		
	Adres:		
	Telefon:		
	E-posta:		
	Başvurunun Türü:	<input type="checkbox"/> Sınav sorusuna itiraz <input type="checkbox"/> Sınav sonucuna itiraz <input type="checkbox"/> Belgelendirmeye ilişkin karara itiraz (askı, iptal vb.) <input type="checkbox"/> İtiraz/şikâyet değerlendirme sonucuna itiraz <input type="checkbox"/> Şikâyet	
Açıklama:			
İNÜSEM tarafından dolduracak	BAŞVURUYU ALAN PERSONELİN		
	Adı Soyadı:		
	Görevi:		
Başvuru No:		Alınış Tarihi:/..../.....	İmza:
İNÜSEM Müdürü tarafından dolduracak	DEĞERLENDİRME VE KARAR		
İNÜSEM Müdürü	Karar Tarihi:/..../.....		