FORMA 7

Ünvan:Lənkəran ş.Ş.Axundov 31

Tel:(25)25.53027

# AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ

**LƏNKƏRAN DÖVLƏT HUMANİTAR KOLLECİ**

Tələbə Xidmətləri

AKADEMİK TRANSKRİPT

Şöbə: İxtisas:

Tələbə №: İxtisaslaşma:

Soyadı və adı: Təhsil pilləsi:

Doğum tarixi: Tədris dili:

|  |
| --- |
| Akademik il  Semestr Fənnin şifri və adı Kredit Bal Qiymətin  hərflə işarəsi |
| Kreditin sayı ÜOMG  İlin sonu :  Ümumi : |

|  |
| --- |
| Akademik il  Semestr Fənnin şifri və adı Kredit Bal Qiymətin  hərflə işarəsi |
| Kreditin sayı ÜOMG  İlin sonu :  Ümumi : |

|  |
| --- |
| Akademik il  Semestr Fənnin şifri və adı Kredit Bal Qiymətin  hərflə işarəsi |
| Kreditin sayı ÜOMG  İlin sonu :  Ümumi : |

|  |
| --- |
| Akademik il  Semestr Fənnin şifri və adı Kredit Bal Qiymətin  hərflə işarəsi |
| Kreditin sayı ÜOMG  İlin sonu :  Ümumi : |

Verilmə tarixi: Şöbə müdirinin imzası:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_