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 Qiymətinhərflə işarəsi |
|  Kreditin sayı ÜOMGİlin sonu : Ümumi : |

|  |
| --- |
| Akademik il Semestr Fənnin şifri və adı Kredit Bal Qiymətinhərflə işarəsi |
| Kreditin sayı ÜOMGİlin sonu : Ümumi : |

|  |
| --- |
| Akademik il Semestr Fənnin şifri və adı Kredit Bal Qiymətinhərflə işarəsi  |
|  Kreditin sayı ÜOMGİlin sonu : Ümumi :  |

|  |
| --- |
| Akademik il Semestr Fənnin şifri və adı Kredit Bal Qiymətinhərflə işarəsi |
|  Kreditin sayı ÜOMGİlin sonu : Ümumi :  |

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