**PERSETUJUAN DOSEN WALI**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

1. Nama :
2. NIDN :

Dengan ini menyetujui :

1. Nama :
2. NIM :
3. Semester :
4. Kelas :

Untuk mengikuti kegiatan pertukaran pelajar pada semester ….. tahun akademik …./….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Mata Kuliah Tujuan | Mata Kuliah Setara |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Sidoarjo,

 Mengetahui, Dosen Wali.

 Kaprodi Psikologi

( ) ( )