**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Aşağıda açık kimliğim ve öğrenim bilgilerim yazılı olup, aşağıda işaretli neden ile ilişiğim kesilmiştir. Konuya ilişkin belgelerimin hazırlanarak tarafıma verilmesini istiyorum. Aşağıda yetkililerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişiğim olmadığını beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 Adı-Soyadı :

 İmza :

 Tarih :….../….../…..........

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI ve SOYADI** |  |
| **TC KİMLİK NO** |  |
| **ÖĞRENCİ NO** |  |
| **FAKÜLTE/MYO/ENSTİTÜ** |  |
| **BÖLÜM/ ANABİLİM DALI /PROGRAM** |  |
| **ADRES** |  |
| **TELEFON** |  |
| **İLİŞİK KESME NEDENİ** | **MEZUNİYET KAYIT SİLME YATAY GEÇİŞ**  |

**ONAY ALINACAK BİRİMLER**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI** |
| **Katkı Payı Onayı**( Harç borcunuzun olmadığına dair onay alınması ) | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih****İMZA …./…./20….** |
| **KÜTÜPHANE VE DÖKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI** |
| Üzerinize kayıtlı herhangi bir kitap v.b. doküman bulunmadığına ilişkin bu birimden onay alınması. | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih****İMZA …./…./20….** |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** |
| Akademik Biriminizle ilişiğinizin olmadığının onaylanması. | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih****İMZA …./…./20….** |

İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi için yukarıda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.