



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Mezun olan / Kaydı silinen / Yatay Geçiş yapan öğrenciler için
İlişik Kesme Formu

..... DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Öğrenci No	
Programı	
Sınıfı	
E-postası	
Telefonu	
İlişği Kesme Nedeni	<input type="checkbox"/> MEZUNİYET <input type="checkbox"/> KAYIT SİLME <input type="checkbox"/> YATAY GEÇİŞ

Yukarıda belirttiğim nedenle üniversitenizden ilişğimi kesmek istiyorum. Aşağıda yetkililerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişğim olmadığını beyan ederim.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../...../20....
İmza

Üniversitemiz ile ilişğini kesmek isteyen öğrencinin biriminizle ilişği olup olmadığının açıklanarak, imza edilmesini arz ederim.

Fakülte Sekreteri

Birim	Açıklama	Onaylayanın Adı Soyadı	İmza Tarih
Bölüm/Program Sorumlusu Akademik Danışman	İlişği kalmamıştır.	/...../20
Staj Komisyonu iş günü Zorunlu Stajını tamamlamıştır. Staj Bitirme Tarihi/...../20.....	/...../20
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	<input type="checkbox"/> Katkı payı borcu yoktur. <input type="checkbox"/> Öğrenci Kimliği alınmıştır. İlişği kalmamıştır	/...../20
Öğrenci Yurt Müdürlüğü	İlişği kalmamıştır.	/...../20
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.	/...../20
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.	/...../20
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.	/...../20

*İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi, Geçici Mezuniyet Belgesi ve Diplomanın alınabilmesi için yukarıda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.