



T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi
İLİŞİK KESME FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Öğrenci No	
Sınıfı	
E-postası	
Telefonu	
İlişği Kesme Nedeni	<input type="checkbox"/> Mezuniyet <input type="checkbox"/> Kayıt Silme <input type="checkbox"/> Yatay Geçiş

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 ilişğimi kesmek isteyen öğrencinin biriminizle ilişği olup olmadığını açıklanarak, imza edilmesini arz ederim.

Fakülte Sekreteri

Birim	Açıklama	Onaylayanın Adı Soyadı	İmza Tarih
Bölüm/Program Sorumlusu Akademik Danışman	İlişği kalmamıştır.	/...../20
Bölüm 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.*