T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

YÖKSİS Mezun Bilgisi Girişi Talep Dilekçesi

ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  |
| Doğum Tarihi |  |
| Doğum Yeri |  |
| Anne Adı |  |
| Baba Adı |  |
| Okul Adı |  |
| Programı |  |
| Okula Kayıt Tarihi |  |
| Mezuniyet Tarihi |  |
| Diploma No  |  |
| Diploma Notu (Transkriptte bulunan Genel Ortalama satırında bulunan puan) |  |
| Adresi |  |
| E-postası |  |
| Telefonu |  |

 Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü mezun bilgilerimin YÖKSİS veri tabanına işlenmesi için gerekli işlemlerin yapılmasını istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

 ….…/……/20..

 İmza

**GSBE Form No:2019/46**