



T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
.....Fakülte/Yüksekokul/Enstitü
İLİŞİK KESME FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No.	
Öğrenci No.	
Bölüm/Program Adı	
Sınıfı	
E-Postası	
Telefon Numarası	
İlişği Kesme Sebebi	<input type="checkbox"/> Mezuniyet <input type="checkbox"/> Kayıt Silme <input type="checkbox"/> Yatay Geçiş

Yukarıda belirttiğim sebeple üniversitenizden ilişğimin kesilmesini talep ediyorum. Aşağıdaki birimlerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişğim olmadığımı beyan ederim.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../...../.....
İmza

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin biriminizle ilişği olup olmadığının açıklanarak, onaylanmasını arz ederim.

Fakülte Sekreteri/Müdür
Kaşe/İmza

Birim	Açıklama	Onaylayanın Adı Soyadı/İmzası	Tarih
Bölüm/Program Sorumlusu Akademik Danışman	İlişği kalmamıştır.	/...../.....
Bölüm Staj Komisyonu iş günü Zorunlu Stajımı tamamlamıştır. Staj Bitirme Tarihi/...../.....	/...../.....
Mezun Bilgi Formu	<input type="checkbox"/> Girişi Yapılmıştır	/...../.....
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.	/...../.....
Öğrenci Yurt Müdürlüğü	İlişği kalmamıştır.	/...../.....
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.	/...../.....
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.	/...../.....
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı (İmza için en son gitmeniz gerekmektedir)	<input type="checkbox"/> Katkı payı borcu yoktur. <input type="checkbox"/> Öğrenci Kimliği alınmıştır. İlişği kalmamıştır	/...../.....

*İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi, Geçici Mezuniyet Belgesi ve Diplomanın alınabilmesi için yukarıda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.
*Revizyon tarihi: 08.01.2026