



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
(Mezun olan/ Kaydı silinen/Yatay geçiş yapan öğrenciler için ilişik kesme formu)

HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Öğrenci No	
Programı	
Sınıfı	
E-postası	
Telefonu	
İlişik kesme nedeni	MEZUNİYET KAYIT SİLME YATAY GEÇİŞ

Yukarıda belirttiğim nedenle üniversitenizden ilişigimi kesmek istiyorum. Aşağıda yetkililerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişigim olmadığını beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.. ..
İmza

Üniversitemiz ile ilişigini kesmek isteyen öğrencinin biriminizle ilişigi olup olmadığının açıklanarak, imza edilmesini arz ederim.

Fakülte Sekreteri

Birim	Açıklama	Onaylayanın Adı Soy adı	İmza Tarih
Birim/Program Sorumlusu	İlişigi kalmamıştır.		/..../202..
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	Katkı payı borcu yoktur. Öğrenci kimliği alınmıştır. İlişigi kalmamıştır		/..../202..
SUAM Müdürlüğü	Hastane kimliği alınmıştır. İlişigi kalmamıştır.		/..../202..
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	İlişigi kalmamıştır.		/..../202..
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı	İlişigi kalmamıştır.		/..../202..
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	İlişigi kalmamıştır.		/..../202..

*İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi, geçici mezuniyet belgesi ve diplomanın alınabilmesi için yukarıdaki birimlerden onay alınması zorunludur.