**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İLİŞİK KESME FORMU
(MEZUNİYET, YATAY GEÇİŞ VEYA KAYIT SİLME)**

 **DİLEKÇE ÖRENEĞİ**



ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Ana Bilim Dalı |  |
| Programı |  |
| Adresi |  |
| E-posta |  |
| Telefonu |  |

  /    /

 **HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aşağıda belirtmiş olduğum nedenden dolayı \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ programından ilişiğimi kesmek istiyorum.

 Gereğini arz ederim.

(*Öğrencinin Adı ve Soyadı / İmza)*

Üniversitemiz ile ilişiğini kesmek isteyen öğrencinin biriminizle ilişiği olup olmadığının açıklanarak, imza

edilmesini arz ederim.

 Enstitü Sekreteri

**Kayıt Silme Nedeni:**

 Ekonomik sebeplerden Askerlik Ailevi sebeplerden

 Başka bir Üniversiteye kayıt yaptırmamdan Yatay Geçiş Sağlık sebeplerinden

 Mezuniyet Diğer sebepler\* (Nedenini belirtiniz) \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İlgili Birim** | **Açıklama**  | **Onaylayanın Unvanı, Adı Soyadı** | **İmzaTarih** |
| **Ana Bilim Dalı Başkanlığı** | İlişiği kalmamıştır. |  |  |
| **Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı** |  Katkı payı borcu yoktur. Öğrenci Kimliği alınmıştır.İlişiği kalmamıştır. |  |  |
| **Bilgi İşlem Daire Başkanlığı** | İlişiği kalmamıştır. |  |  |
| **Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı** | İlişiği kalmamıştır. |  |  |
| **Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı** | İlişiği kalmamıştır. |  |  |

\* İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi, Geçici Mezuniyet Belgesi ve Diploma alınabilmesi için yukarda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.