T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

 …………………………………….Dekanlığına / Müdürlüğüne

Kurum içi Yatay Geçiş Başvuru Dilekçesi ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenci No. |  |
| E-postası |  |
| Telefonu |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Öğrenime Devam Edilen | Yatay Geçiş İçin Başvuru Yapılan |
| Fakülte /Meslek Yüksekokulu |  |  |
| Bölüm / Program |  |  |
| Sınıfı ve Dönemi |  |  |
| Genel Ağırlıklı Not Ortalaması |  |

………………………….………………………………………………. Fakültenizin / Yüksekokulunuzun 2024 - 2025 Eğitim - Öğretim Yılı Güz Yarıyılı kurum içi yatay geçiş sonuçlarına göre ……….……... yedek olarak kayıt hakkı kazandım. Asıl kayıtlardan sonra boş kalan kontenjanlar için başvuru yapmak istiyorum. İlk başvuru sırasında beyan ettiğim bilgilerin veya belgelerin gerçeğe aykırı olması halinde hakkımda cezai işlem yapılmasını ve kaydım yapılmış olsa dahi silinmesini kabul, beyan ve taahhüt ediyorum.

Müracaatımın değerlendirilmesi hususunda gereğini arz ederim.

 Adres: ….…/……./2024

İmza