|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | **T.C. Kimlik Numarası** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Bölümü/Programı** |  |
| **Kayıt Tarihi** |  |
| **Ayrılış Nedeni** |  |
| **Mezuniyet Tarihi** |  |
| **Cep Telefonu** |  |

Öğrenci kaydımın silinmesi ve biriminizle ilişiğimin kesildiğini onaylamanızı arz ederim. …../…./20…

|  |
| --- |
| **ONAY ALINACAK BİRİMLER** |
| **BİRİM** | **SAKINCASI VARDIR/YOKTUR** | **ONAY VEREN PERSONEL** |
| **FAKÜLTE SEKRETERİ** |  **VAR YOK** Varsa Nedeni: |  |
| **KÜTÜPHANE VE DOKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI**  | **VAR YOK** Varsa Nedeni: |  |
| **SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI** | **VAR YOK** Varsa Nedeni: |  |
| **ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI** | **VAR YOK** Varsa Nedeni: |   |