|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo | **T.C.**  **NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  **İLİŞİK KESME FORMU** | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | | |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | : |  |  | |
| **Öğrenci Numarası** | | : |  |  | |
| **Telefonu** | | : |  |  | |
| **İletişim adresi** | | : |  |  | |

Fakültenizden mezuniyetim nedeni ile ilişiğim kesilmiştir. Konuya ilişkin belgelerimin hazırlanarak tarafıma verilmesini istiyorum. Aşağıda yetkililerin imzası ile belirlenenlerin dışında üniversitenizin diğer birimleri ile ilişiğim olmadığını beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı-Soyadı :

İmza :

Tarih :....../....../.............

Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin biriminizle herhangi bir işlemi yoksa onaylayarak kayıtlarınıza işleyiniz, varsa lütfen öğrenci dekanlığına bildiriniz.

|  |  |
| --- | --- |
| Fakülte Kütüphane Sorumlusu  (Adı-Soyadı, İmzası) | Kütüphane ve Dökum.Daire Başkanlığı  (Adı-Soyadı, İmzası) |

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrenci İşleri  (Adı Soyadı, İmzası) | Bitirme Tezi Komite Üyesi  (Adı Soyadı, İmzası) |

**Yukarıda açık kimliği yazılı öğrencinin ilişiği kalmamıştır.**

( Dekanlık Öğrenci İşleri Tarafından Doldurulacaktır.)

**Fakülte Sekreteri:** İsmail YURDAKURBAN

Kaşe :

Tarih :

İmza :