

 **İlişik Kesme Formu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  **T.C.** **NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  **Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne** |  |
|  |  |  |  |
|  | Adı Soyadı |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Fakülte |  |  |
|  |  |  |  |
| . | Program |  |  |
|  |  |  |
| **Öğrencinin** | T.C. Kimlik Numarası |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Öğrenci Numarası |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Tel |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Mezun |  |
| **İlişik Kesme** | Kendi İsteği |  |
| Yatay Geçiş |  |
| **Sebebi** |  |
|  | Diğer |  |
|  |  |  |  |

…./…/20....

Öğrencinin Adı Soyadı

İmza

Yukarıda Kimlik bilgileri bulunan öğrencinin ilişik kesmesinde herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Onaylayan Birim** | **Onaylayan Personel** |

Kütüphane ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı

/ Şefliği

Tarih: ……/……./20……

Bölüm Sekreteri

Atölye/ Laboratuar Sorumlusu

Öğrenci İşleri Birimi

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Ekler:**

1- Kimlik Fotokopisi

2- Öğrenci Kimliği