

...../...../.....

**..... FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA /
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

..... / Eğitim-Öğretim yılı güz / bahar yarıyılında, Fakültenizin / Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunuzun Bölümü / Programı sınıf numaralı öğrencisiyim. Ön Lisans ve Lisans Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca; aşağıda belirtmiş olduğum neden(ler)den dolayı kaydımın silinmesi hususunda gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Ayrılma Nedeni:

.....
.....
.....

Ayrılma nedeni "Yatay Geçiş" ise gittiği:

Üniversite :

Fakülte / Yüksekokul :

Bölüm / Program :

Sınıf :

Yatay Geçiş Şekli: Merkezi Yerleştirme Puanı (Ek Madde-1)

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması

Öğrenci	Mali İşler Direktörlüğü	Danışman	Bölüm Başkanı / Program Koordinatörü
Ad Soyad :	Ad Soyad :	Ad Soyad :	Ad Soyad :
İmza :	İmza :	İmza :	İmza :