|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI  | Numarası | Öğrenci Numarası  |
| T.C. Kimlik No |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Telefonu | 0 (…...)……… |
| Fakülte  | Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| Bölümü | Bölümü  |
| Sınıfı | Sınıf Seçiniz  |
| Akademik Yılı ve Yarıyılı | 20…-20… Şeklinde Akademik Yıl Yarıyıl  |
| Danışmanı |  Unvan Danışman Adı SOYADI  |
|  |
| **İlişik Kesme Nedeni** | Mezun | [ ]  |  | Kendi İsteği | [ ]  |  | Yatay Geçiş | [ ]  |
| \*Diğer  | [ ]  | \*Diğer Gerekçe Yazınız  |  |

**Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

Fakülteniz kayıtlı öğrencisiyim Yukarıda belirttiğim nedenden ilişiğimin kesilmesini istiyorum. Belitmiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ve taahhüt ederim.

Gereğini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …./…/20..Öğrenci Adı SOYADI İmza |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onaylayan Birim** | **Yukarıda bilgileri verilen adı geçen öğrencinin ilişik kesmesinde bir sakınca yoktur.** | **Onaylayan Personel** |
| **Necmettin Erbakan Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı / (Kütüphane br.)** | öğrencinin ilişiğinin kesilmesinde bir sakınca yoktur. | …./…./20…………………… İmza |
| **Bölüm Sekreteri** |  |  |
| **Atölye/Laboratuvar Sorumlusu** |  |  |
| **Öğrenci İşleri Birimi** |  |  |

|  |
| --- |
| **Ek** |
| 1- Öğrenci kimliği |  |

***Not:*** *Öğrenci ilişik kesme işlemini şahsen veya noter vekâleti verdiği şahıs aracılığı ile yaptırmak zorundadır.*

\*\*\**Not :Yapılacak işlem durumuna göre satır ekleme- çıkarma yapılabilir.*

*\*\*\* Tüm Formlar bilgisayar formatında eksiksiz doldurulacaktır. Elle doldurulan formlar işleme alınmayacaktır.*