|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Administrator\Desktop\öğrenci işleri\öğrenci işleri\yedek\öğrenci işleri\MEHMET KÜRKÇÜ\rapor\Logolar\Saglik_Bilimleri.jpg | **T.C.****ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ****LİSANSÜSTÜ KAYIT SİLDİRME TALEP FORMU** | Sayfa : 1/1 |
|  |
|  | **……/……/20…..** |
| **Öğrenci Numarası** | **:** |
| **TC Kimlik No** | **:** |
| **Anabilim Dalı** | **:** |
| **Programı**  | **: Tezli Yüksek Lisans**  |  **Tezsiz Yüksek Lisans** |  **Doktora** |
| Yukarıda beyan ettiğim Lisansüstü programdan ilişiğimin kesilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.**Ek:** Öğrenci Kimlik Belgesi**İmza** **Adı Soyadı** |
| Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin **ilişik kesmesinde sakınca** yoktur. **Anabilim Dalı Başkanlığı**  **ONAYLAYAN**  |
| Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin **üzerine kayıtlı kitap** yoktur.**Kütüphane ve Dokümantasyon** **Daire Başkanlığı** **ONAYLAYAN** |
| Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin **harç borcu** yoktur.**Enstitü Öğrenci İşleri** **ONAYLAYAN** |
| ……. / ……./ 20….. tarih ve ………./ ……… sayılı **Enstitü Yönetim Kurulu Kararı** ile kaydının silinmesine karar verilmiştir. |
|  |  |