****

#  …./…../20..

 **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

 Üniversitenizin ...................................................................... Bölümünde kayıtlı öğrencinizim.Aşağıda belirtiğim nedenlerden dolayı kaydımın silinmesini istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İMZA

|  |  |
| --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  |
| T.C Kimlik No |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| İletişim Numarası |  |

# Ayrılma Nedenlerim:

O Kendi isteğimle

O Yatay geçiş yapacağımdan O Yurt dışı eğitim

O Askere gideceğimden

O Sağlık sorunlarım nedeniyle O Maddi ve ailevi nedenlerle

O Başarısızlık nedeniyle

O Hazırlık sınıfını başaramadığımdan dolayı

O Diğer (Varsa belirtiniz) ………………………………………

#  Anabilim Dalı Başkanı Onayı Mali ve İdari İşler Onayı