

LİSANSÜSTÜ İLİŞİK KESME BELGESİ



T.C.
Istanbul
YENİ YÜZYIL
ÜNİVERSİTESİ

..../...../20..

Enstitüsü	SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Program Adı TEZLİ <input type="checkbox"/> TEZSİZ <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
Kayıt Tarihi	
Mezuniyet Tarihi	
Mezuniyet Dönemi	

Adı ve Soyadı	
Baba Adı	
Anne Adı	
Doğum Yeri	
Doğum Tarihi	
T.C Kimlik No	
Öğrenci Numarası	
İletişim Numarası	
İlişik Kesme Nedeni	<input type="checkbox"/> Mezuniyet <input type="checkbox"/> Kayıt Silme <input type="checkbox"/> Yatay Geçiş
İade Edilen Belgeler	<input type="checkbox"/> Öğrenci Kimlik Kartı <input type="checkbox"/> Diğer

Yukarıda açık kimliğim ve öğrenim bilgilerim yazılı olup, Üniversitenizden ilişkiğimin kesilmesini ve konuya ilişkin belgelerimin hazırlanarak tarafıma verilmesini talep etmekteyim. Aşağıda yetkililerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişkiğim olmadığını beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

ADI SOYADI:
İMZA:

İlişik Kesilecek Birim	Birim Yetkilisinin Adı Soyadı	Tarih	İmza	Varsa Açıklama
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı				
Mali İşler Daire Başkanlığı				
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı				

Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin birimizle ilişkiği yoktur.