|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Aşağıda öğrenim bilgilerim yazılı olup, işaretlediğim neden ile ilişiğimin kesilmesini istiyorum. Yetkililerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversiteniz diğer birimleri ile herhangi bir ilişiğimin olmadığını beyan ederim.  Gereğini bilgilerinize arz ederim. | | | | |
| Öğrenci Numarası | Y…………………. | | | |
| Adı Soyadı |  | | | |
| Ana Bilim Dalı |  | | | |
| Programı | Tezli Yüksek Lisans | | | |
| Telefon | 05…………………………. | | | |
| Adres |  | | | |
| İlişik Kesme Nedeni | Kayıt Silme  ☐ | Mezuniyet  ☐ | Yatay Geçiş  ☐ | Başka Bir Enstitü Programına Kayıt  ☐ |
| Tarih  …. /… / 20… | | İmza | | |
|  | | | | |
| **ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI** | | | | |
| Öğrencinin harç borcunun ve birimimizle ilişiğinin olmadığını onaylıyorum. | Onaylayanın Adı Soyadı | | Tarih  …. /…/ 20… | İmza |
|  | |
|  | | | | |
| **KÜTÜPHANE VE DOKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI** | | | | |
| Öğrencinin üzerine kayıtlı herhangi bir kitap vb. doküman bulunmadığını ve birimimizle ilişiğinin olmadığını onaylıyorum. | Onaylayanın Adı Soyadı | | Tarih  …. /… / 20… | İmza |
|  | |
|  | | | | |
| **SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ** | | | | |
| Öğrencinin birimimizle ilişiğinin olmadığını onaylıyorum. | Onaylayanın Adı Soyadı | | Tarih  …. /… / 20… | İmza |
|  | |

*(\*)*İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi için yukarıda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.