|  |
| --- |
|   |
| 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.