



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İLİŞİK KESME FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültenizin..... Bölümü sınıf..... nolu
öğrencisiyim.
nedeniyle ilişigimin kesilmesini istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adres:.....
.....
.....

Tarih :/...../20...

İmza :

Adı-Soyadı:.....

Gsm : 0 5.....

EK: 1)İlişik Kesme Belgesi

2)Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

3)Öğrenci Kimliği

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
İLİŞİK KESME BELGESİ

ÖĞRENCİNİN

T.C. KİMLİK NO. :
ADI SOYADI :
NUMARASI :
FAKÜLTE / MYO / YÜK. OK. / ENSTİTÜ :
BÖLÜMÜ :
MEZUN OLDUĞU DÖNEM VE TARİH :

Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin birimizle herhangi bir ilişkisi yoktur.

BİRİMLER	BİRİM YETKİLİSİNİN ADI SOYADI UNVANI	İMZA	TARİH	AÇIKLAMA
BÖLÜM BAŞKANI				
FAKÜLTE SEKRETERİ				
STAJ KOMİSYONU				
ÖĞR. İŞL. MEZUN ONAYI				
ÖĞR. İŞL. HARÇ ONAYI				
MERKEZ KÜTÜPHANE				
OKUL KÜTÜPHANESİ				
TIP FAK. KÜTÜPHANESİ				

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

Yukarıdaki yetkililerin imzası ile belirtilenlerin dışında Üniversitemizin diğer birimleri ile ilişğim olmadığını beyan ederim.

Öğrencinin İmzası