Üniversitemiz ……............…………………….Enstitü/Fakültesi/YO……………………………….

......................................................... A.B.Dalından/Bölümünden ilişiğimin kesilmesini istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Öğrenci No :.............................................

Adı Soyadı :.............................................................................................................

Cep Telefon :..............................................

Adres : .………………………........……………………………........….......

.………………………........……………………………........….......

.………………………........……………………………........….......

Tarih : ……...........…………….

 İmza : ……....…………….......

|  |
| --- |
| **Öğrenci İşleri Direktörlüğü Başvuru Alan Personel**  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Tarih**  |  |
| **İmza** |  |

Dağıtım İçin : Eğitim Öğretim Gelirleri Müdürlüğü