**** **İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**KAYDI SİLİNEN / MEZUN OLAN ÖĞRENCİLER İÇİN**

**İLİŞİK KESME BELGESİ FORMU**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aşağıda açık kimliğim ve öğrenim bilgilerim yazılı olup, aşağıda işaretli neden ile ilişiğim kesilmiştir. Konuya ilişkin belgelerimin hazırlanarak tarafıma verilmesini istiyorum. Aşağıda yetkililerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişiğim olmadığını beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı-Soyadı :

İmza :

Tarih :….../….../…..........

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI ve SOYADI** |  |
| **ÖĞRENCİ NO** |  |
| **ENSTİTÜ** |  |
| **ANABİLİM DALI /PROGRAM** |  |
| **ADRES** |  |
| **TELEFON** |  |
| **İLİŞİK KESME NEDENİ** | **MEZUNİYET KAYIT SİLME YATAY GEÇİŞ** |

**ONAY ALINACAK BİRİMLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI** | |
| İlişiğinizin kesilmesinin Anabilim Dalı Başkanlığınca uygun olduğuna dair onay alınması. | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih**  **İMZA …./…./20….** |
| **ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI** | |
| **Katkı Payı Onayı**  Harç borcunuzun olmadığına dair onay alınması. | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih**  **İMZA …./…./20….** |
| **KÜTÜPHANE VE DÖKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI** | |
| Üzerinize kayıtlı herhangi bir kitap v.b. doküman bulunmadığına ilişkin bu birimden onay alınması. | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih**  **İMZA …./…./20….** |
| **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** | |
| Diş Hekimliği Fakültesince ilişiğinizin kesilmesinin uygun olduğuna dair onay alınması. (Diş Hekimliği Fakültesi alanında lisansüstü eğitim yapanlar için) | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih**  **İMZA …./…./20….** |
| **BAP KOORDİNATORLÜĞÜ** | |
| İlişiğinizin kesilmesinin uygun olduğuna dair onay alınması. | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih**  **İMZA …./…./20….** |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ** | |
| Akademik Biriminizle ilişiğinizin olmadığının onaylanması. | **ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: Tarih**  **İMZA …./…./20….** |

İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi için yukarıda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.

Dok. No: FR/200/23 İlk Yayın Tarihi: 06.06.2018 Rev.No/Tarih:00/…