



## İlişik Kesme Formu

Döküman No:	SPBF.FR.0008
Yayın Tarihi:	22.06.2022
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	1/2

ÖĞRENCİNİN :

Adı	:	Fak./Y.O./M.Y.O.	:
Soyadı	:	Öğrenci No	:
Baba Adı	:	Bölüm	:
Anne Adı	:	Doğum Yeri	:
Doğum Tarihi	:	Üniversite Kayıt Tarihi	:
T.C. Kimlik No	:	İlişik Kesildiği Tarih	:

Yukarıda kimliği yazılı öğrencinin birimizle herhangi bir ilişkisi yoktur.

BİRİMLER	BİRİM YETKİLİSİNİN ADI SOYADI	İMZA TARİHİ	VARSA AÇIKLAMA VE İMZA
BÖLÜM BAŞKANI			
FAKÜLTE/YÜKSEKOKUL SEKRETERİ			
HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ			
SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI			



## İlişik Kesme Formu

<b>Döküman No:</b>	SPBF.FR.0008
<b>Yayın Tarihi:</b>	22.06.2022
<b>Revizyon Tarihi:</b>	
<b>Revizyon No:</b>	
<b>Sayfa:</b>	2/2

ÖĞRENCİ İŞLERİ-HARÇ DENETİMİ VE ÖĞRENCİ KİMLİĞİ			
SAĞLIK KARNESİ			
KÜTÜPHANE VE DÖKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI			
BÖLÜM LAB. SORUMLUSU			

..... Bölümü ... Sınıfı ..... no'lu öğrencisi .....'ın  
Fakültemize/Yüksekokulumuza/Meslek  
Yüksekokulumuza vermiş olduğu dilekçesine istinaden kendi isteği üzerine ilişiği kesilmiştir.

..... FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA  
..... YÜKSEKOKUL/MESLEK YÜKSEKOKUL MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıdaki yetkililerin imzası ile belirtilenlerin dışında Fakültemizin/Yüksekokulumuzun/Meslek Yüksekokulumuzun diğer birimleri ile ilişiğim olmadığını beyan ederim.

.....  
.../.../20 Yukarıda kimliği yazılı öğrencimizin ilişiğinin kesilmesi Dekanlığımızca/Müdürlüğümüzce uygundur.

.../.../20

.....  
Dekan/Müdür