**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

 ..……………………………………………..……………………………..…………………. kaydımın silinmesini istiyorum.

 Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 Tarih :

 İmza :

|  |  |
| --- | --- |
| AD SOYAD |  |
| BÖLÜM – SINIF |  |
| FAKÜLTE NO |  |
| GSM – ADRES |  |

**İLİŞİK KESME BELGESİ**

- Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin birimimizle ilgili herhangi bir ilişiği bulunmamaktadır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Adı Soyadı** | **İmzası** |
| Öğrenci İşleri Bürosu |  |  |
| Fakülte Sekreteri |  |  |

**Eki :** Öğrenci Kimlik Kartı