

 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Fakültesi	 
	İLİŞİK KESME FORMU	Dok. No: FR/241/26 İlk Yayın Tar.: 25.9.2019 Rev. No/Tar.: 00/... Sayfa 1 / 1

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

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

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı-Soyadı :
İmza :
Tarih :...../...../.....

ADI ve SOYADI	
ÖĞRENCİ NO	
FAKÜLTE/MYO/ENSTİTÜ	
BÖLÜM/ ANABİLİM DALI /PROGRAM	
ADRES	
TELEFON	
İLİŞİK KESME NEDENİ	MEZUNİYET <input type="checkbox"/> KAYIT SİLME <input type="checkbox"/> YATAY GEÇİŞ <input type="checkbox"/>

ONAY ALINACAK BİRİMLER

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI		
Katkı Payı Onayı (Harç borcunuzun olmadığına dair onay alınması)	ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: <u>İMZA</u>	Tarih/...../20....
SAĞLIK, KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI		
Üzerinize kayıtlı herhangi bir spor aleti, folklor kıyafeti, cüppe, kep vb. materyal bulunmadığına ilişkin onay alınması)	ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: <u>İMZA</u>	Tarih/...../20....
KÜTÜPHANE VE DÖKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI		
Üzerinize kayıtlı herhangi bir kitap v.b. doküman bulunmadığına ilişkin bu birimden onay alınması.	ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: <u>İMZA</u>	Tarih/...../20....
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI		
Akademik Biriminizle ilişiginizin olmadığına onaylanması.	ONAYLAYANIN ADI VE SOYADI: <u>İMZA</u>	Tarih/...../20....

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

HAZIRLAYAN <i>e-İmzalıdır</i> Yahya Gülle Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri	KONTROL EDEN <i>e-İmzalıdır</i> Uğur Kılıç Endüstri Mühendisi SGDB Kalite Birim Sorumlusu	ONAYLAYAN <i>e-İmzalıdır</i> Prof. Dr. Derya Özer Kaya Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
---	--	--