**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**……………………………………………….BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Üniversitemiz Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddesi gereğince; aşağıda belirttiğim nedenden dolayı kendi isteğimle kaydımı aşağıda belirtilen dönem kadar dondurmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20.. |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |
| --- |
|  *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Bölümü / Programı** |  |
| **Cep Telefon**  |  |
| **E-Posta Adresi** |  |
| **Akademik Yıl** | … /… |
| **Ders Dönemi** |[ ]  GÜZ |[ ]  BAHAR |

|  |
| --- |
| **Kayıt Dondurma Nedeni** |
|  |
| **Kaç Yarıyıl Kayıt Dondurmak İstiyorsunuz** |[ ]  1 Yarıyıl |[ ]  2 Yarıyıl |

**EK:**

1.Mazeretini Belirtir Belge

|  |
| --- |
| **Danışman Onayı** |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20.. |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |