**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** | **:** |  |