



T.C.
ABDULLAH GÜL ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

LİSANSÜSTÜ ÖĞRENCİ İLİŞİK KESME FORMU

Aşağıda açık kimliğim ve öğrenim bilgilerim yazılı olup, üniversitenizden 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.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

...../...../20.....

Ad Soyad :

İmza :

ÖĞRENCİNİN

ADI ve SOYADI		AYRILIŞ NEDENİ
ÖĞRENCİ NO		Mezuniyet <input type="radio"/>
ENSTİTÜ		Kendi isteği ile <input type="radio"/>
BÖLÜM / PROGRAM		Yatay Geçiş <input type="radio"/>
YAZIŞMA ADRESİ		Diğer <input type="radio"/>
TELEFON VE E-POSTA		

İLGİLİ BİRİMLERE: Üniversitemizle ilişikini kesmek isteyen yukarıda bilgileri yer alan öğrencinin biriminizle ilişikinin olup olmadığının açıklanarak imza edilmesini rica ederim.

BİRİMLER	BİRİM	YETKİLİSİNİN
	Adı ve Soyadı/İmzası	Tarih/Açıklama
Anabilim Dalı Başkanı		
Enstitü Sekreteri		
Kütüphane Daire Başkanlığı		
SKS Daire Başkanlığı		
BESYO		
Yurt Müdürlüğü		
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı		
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı		Kimliği alınmıştır <input type="radio"/>
		Harç borcu yoktur <input type="radio"/>