



T.C.  
ABDULLAH GÜL ÜNİVERSİTESİ  
ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

**LİSANS 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"/>
FAKÜLTE		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
Bölüm Başkanı		
Kütüphane Daire Başkanlığı		
SKS Daire Başkanlığı		
BESYO		
Öğrenci Dekanlığı		
Yurt Müdürlüğü		
AGÜV (Mezun Öğrenciler ve Bilgisayar Almayanlar Hariç)		
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı		
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı		Kimliği alınmıştır <input type="radio"/>
		Harç borcu yoktur <input type="radio"/>