 . FORM-15

T.C

GİRESUN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

### KAYIT SİLDİRME İSTEM DİLEKÇESİ

# SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüzün .................................................................................. Anabilim/Bilim dalında .....................................numaralı Tezsiz Yüksek Lisans/Tezli Yüksek Lisans/Doktora programı öğrencisiyim. Kendi isteğimle kaydımı sildirmek istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

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

................................................

(Ad, Soyad, İmza)

**Adres:**  .......................................................................................................................

.......................................................................................................................

.......................................................................................................................

.......................................................................................................................

**Telefon: Ev:**..................................................................................................................

**İş:**...................................................................................................................

**E-posta:** .........................................................@..........................................................

**T.C. Kimlik No: ………………………………….**

**EKLER: 1)**Kütüphane ve Dokümantasyon Dairesi Başkanlığından borcunun olmadığına ilişkin yazı.

**2)** Öğrenci Kimliği