 . 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