**T.C.**

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**ÖĞRENCİ İLİŞİK KESME BELGESİ (\*)**

|  |
| --- |
| **İlişiği Kesilecek Öğrencinin** |
| Adı Soyadı |  |
| Anabilim Dalı/Bölüm/Program |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| İletişim Bilgileri* Tebligat Adresi
* Telefon
* E-posta
 |  |
| İlişik Kesme Nedeni  | Mezuniyet Kayıt Silme Yatay Geçiş |
| İade Edilen Belgeler | Öğrenci Kimlik Kartı Diğer Otopark Kartı |
| Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ve taahhüt ederim. | Tarih …./…../20.. | İmza |

|  |  |
| --- | --- |
| İlişik Kesilecek Birim | İlişiği bulunmadığını bildiren yetkilinin |
| Adı Soyadı | Tarih | İmza |
| Anabilim Dalı/Bölüm/Program Sekreteryası |  |  |  |
| Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı |  |  |  |
| Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı |  |  |  |
| İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı |  |  |  |
| Bilgi Teknolojileri Daire Başkanlığı |  |  |  |
| …………………………………Danışman | ……………………..ABD/Bölüm/ Program | ……………………….Enstitü Sekreteri |

(\*): Öğrenci tarafından doldurularak işlemleri tamamlanan bu belge ilişik kesme işleminin sonuçlanması için Birim Sekreteryasına teslim edilmelidir.