

**T.C.**  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**  
**ÖĞRENCİ İLİŞİK KESME BELGESİ (\*)**

İlişği Kesilecek Öğrencinin			
Adı Soyadı			
Anabilim Dalı/Bölüm/Program			
Öğrenci Numarası			
İletişim Bilgileri <ul style="list-style-type: none"><li>• Tebligat Adresi</li><li>• Telefon</li><li>• E-posta</li></ul>			
İlişik Kesme Nedeni	Mezuniyet <input type="checkbox"/>	Kayıt Silme <input type="checkbox"/>	Yatay Geçiş <input type="checkbox"/>
İade Edilen Belgeler	Öğrenci Kimlik Kartı <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Otopark Kartı <input type="checkbox"/>
Mezun Bilgi Sistemi Giriş Tarihi	...../...../.....20	İmza	
Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ve taahhüt ederim.	Tarih	.../.../20.....	

İlişik Kesilecek Birim	İlişği 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			
Öğrenci Yurtlar Müdürlüğü (Kampüs Yurdunda Barınanlar İçin )			
..... Danışman	..... ABD/Bölüm/ Program (Enstitü/Fakülte MYO)	.....	..... Enstitü/Fakülte/MYO Sekreteri

(\*): Öğrenci tarafından doldurularak işlemleri tamamlanan bu belge ilişik kesme işleminin sonuçlanması için Birim Sekreteriyasına Mezuniyet Belgesi talep dilekçesi ekinde teslim edilmelidir.