….. /….. /………

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Enstitünüzün ………………………………………………………. Anabilim Dalı Tezli / Tezsiz Yüksek Lisans / Doktora Programı öğrencisiyim. 20…… / 20…….. Eğitim-Öğretim Yılı Güz / Bahar Döneminde ……………..…………………………………………. nedeni ile ………………………… Anabilim Dalı Tezli / Tezsiz Yüksek Lisans / Doktora Programında bulunan kaydımın dondurulması hususunda gereğini arz ederim.

Öğrenci Adı-Soyadı

imza

UYGUNDUR

Anabilim Dalı Başkanı Adı, Soyadı

İmza

**NOT:** Kayıt dondurma işlemi bir yarıyıl olarak yapılmaktadır. Bir öğrenci en fazla 2 yarıyıl kayıt dondurma hakkına sahiptir.