|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN :** | **T.C.****SÜLEYMAN DEMİREL  ÜNİVERSİTESİ****TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA** |
| Adı - Soyadı |   |
| Okulu |  TIP FAKÜLTESİ  |
| Programı |  |
| Okul Numarası |   |
| Sınıfı |   |
| Telefon |   |
| Yazışma Adresi |   |

20...../20.... Eğitim Öğretim Yılı Güz/Bahar Yarıyılında Fakültemizden kaydım silindi/kaydımı sildirmek istiyorum. Kayıt silme işlemlerimin tamamlanarak İlişik Kesme Belgemin hazırlanmasını ve Lise Diplomamın tarafıma verilmesini arz ederim. ..../....../20...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  KENDİ İSTEĞİ İLE KAYDIMI SİLDİRMEK İSTİYORUM. |  (Öğrenci İmzası) |
|  |  |  |
|   |  OKUL TARAFINDAN KAYDI SİLİNDİ. |  |