T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

ISPARTA SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

**Bölümünüzü Listeden Seçiniz** BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

**Sayı: Tarih:**

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrenci No | Öğrenci Numaranızı Giriniz |
| Adı Soyadı | Adınızı ve Soyadınızı Giriniz |
| T.C. Kimlik No | T.C. Kimlik Numaranızı Giriniz |
| Programı | Programınızı Listeden Seçiniz |
| Cep Telefonu | Cep Telefonu Numaranızı Giriniz |
| E-Posta Adresi | e-Posta Adresinizi Giriniz |
| İletişim Adresi | İkametgah Adresinizi Giriniz |

**ÖĞRENCİNİN İSTEĞİ**

(Lütfen aşağıdaki ilgili kutucuğu işaretleyiniz.)

[ ]  Nota İtiraz

[ ]  Mazeretli Ders Kaydı

[ ]  Ders Ekleme-Çıkarma

[ ]  Öğrenci Katkı Payı

[ ]  Mazeret Sınavı

[ ]  Erasmus İşlemleri

[ ]  Farabi İşlemleri

[ ]  Mevlana İşlemleri

[ ]  Kayıt Dondurma

[ ]  Muafiyet İşlemleri

[ ]  İntibak İşlemleri

[ ]  Çakışan Dersler

[ ]  İlişik Kesme

[ ]  Diğer …………

**ÖĞRENCİNİN AÇIKLAMASI:**

Talebinizi ve talebinizin anlaşılması için ihtiyaç duyulan tüm bilgileri kısa, net ve eksiksiz olarak bu alanda ifade ediniz.

**EKLER:**

Varsa, dilekçenize ekleyeceğiniz ilgili evrak(lar)ı lütfen aşağıya yazınız.

**1.** …………

**2.** …………

**3.** …………

…/…/20…

İmza

Adınızı ve Soyadınızı Giriniz

**BÖLÜM BAŞKANI GÖRÜŞÜ**

 Uygundur

 Uygun Değildir

**SEVK EDİLDİĞİ BİRİM**

 Müdürlük Makamına

 İlgili Programa

 İlgili Komisyona

 İlgili Öğretim Elemanına

 Öğrenciye İade Edilmesi

 Diğer …………

……/……/20…

Bölüm Başkanı