**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**…………………………….. BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

# KAYIT DONDURMA DİLEKÇESİ

 …../…../20…..

 Fakülteniz …………………………….…………………………… Bölümü .…….sınıf öğrencisiyim. 20 –20 Öğretim Yılı Güz/Bahar yarıyılı/yarıyılları ………………………………………………………………. nedeniyle kaydımı dondurmak istiyorum.

 Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 Adı ve Soyadı :

 İmza :

Öğrenci Numarası :

Ekler :

1)

2)

İkametgah Adresi :

………………………………………

………………………………………

Tel (Cep) ……………………………

 **UYGUNDUR UYGUN DEĞİLDİR**

**Tarih : …./…./20**

**DANIŞMAN BÖLÜM BAŞKANI**