

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

 **KAYIT DONDURMA DİLEKÇESİ**

ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  |
| Ana Bilim Dalı |  |
| Programı |  |
| Adresi |  |
| E-posta |  |
| Telefonu |  |

   /    /

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İSTANBUL

Aşağıda belirtmiş olduğum nedenden dolayı kendi isteğimle (………………………………………) kaydımı dondurmak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

 (Öğrencinin Adı ve Soyadı / İmza)

 Not: Kayıt dondurulması talep edilen yarıyıl (lar), **bir yarıyıl ise “2018-2019 Güz veya 2018-2019 Bahar”**

 **iki yarıyıl ise” 2018-2019 Güz ve Bahar”** formatında ilgili yıla ait tarihler ve yarıyıl (lar) belirtilmelidir.

|  |  |
| --- | --- |
| **Anabilim Dalı Başkanının Görüşü** |  |
| **Anabilim Dalı Başkanı Ünvanı Adı Soyadı**  |  | **İmza** |
| **Danışmanın Görüşü** |  |
| **Danışman Ünvanı Adı Soyadı**  |  | **İmza** |

**Kayıt Dondurma Nedeni:**

 Ekonomik sebeplerden

Askerlik

Ailevi sebeplerden

 Başka bir Üniversiteye kayıt yaptırmamdan

Sağlık sebebinden

 Diğer sebepler\* (Nedenini belirtiniz)