



T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
.....**Fakülte/Yüksekokul/Enstitüsüne**
İlişik Kesme Formu

...../...../.....

Öğrencinin Adı Soyadı	
T.C. Kimlik/Yabancı Kimlik No.	
Öğrenci No.	
Fakülte/Yüksekokul/Enstitü Adı	
Bölüm/Program Adı	
Sınıfı	
E-Posta Adresi	
Telefon Numarası	
İlişği Kesme Sebebi	☐ Mezuniyet ☐ Kayıt Silme ☐ Yatay Geçiş

Yukarıda belirttiğim sebeple üniversitenizden ilişğimin kesilmesini talep ediyorum. Aşağıdaki birimlerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişğim olmadığımı beyan ederim.

Gereğini arz ederim.

İmza
Ad-Soyad

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin biriminizle ilişği olup olmadığının açıklanarak, onaylanmasını arz ederim.

Fakülte Sekreteri/Müdür
Kaşe/İmza

Birim	Açıklama	Onaylayanın Adı Soyadı/İmzası	Tarih
Bölüm/Program Sorumlusu Akademik Danışman	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Bölüm Staj Komisyonu	 iş günü Zorunlu Stajını tamamlamıştır. Staj Bitirme Tarihi / / ☐ Staj Yapmamıştır. (Kayıt sildiren öğrenci)		/...../.....
Birim Öğrenci İşleri	☐ Mezun Bilgi Formu Girişi Yapılmıştır. ☐ Mezun Bilgi Formu Girişi Yapılmamıştır. (Kayıt sildiren öğrenci) İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Öğrenci Yurt Müdürlüğü (Gülhane Külliyesi İçin Geçerlidir)	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı (İmza için en son gitmeniz gerekmektedir)	☐ Öğrenim ücreti/katkı payı borcu yoktur. ☐ Öğrenci kimliği alınmıştır. İlişği kalmamıştır.		/...../.....

*İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi, Geçici Mezuniyet Belgesi ve Diplomanın alınabilmesi için yukarıda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.

*Revizyon tarihi: 24.02.2026