



T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

.....Fakülte/Yüksekokul/Enstitü

İLİŞİK KESME FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No.	
Öğrenci No.	
Bölüm/Program Adı	
Sınıfı	
E-Postası	
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 bilgilerinize arz ederim.

...../...../.....
İmza

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/...../.....		/...../.....
Mezun Bilgi Formu	☐ Girişi Yapılmıştır		/...../.....
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Öğrenci Yurt Müdürlüğü	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı	İlişği kalmamıştır.		/...../.....
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı (İmza için en son gitmeniz gerekmetedir)	☐ 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: 08.01.2026