**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA**

Adı ve Soyadı :………………………………………..………………………..

Öğrenci No :……………………………………………..…………………..

Fakülte/Enstitü/YO :………………………………………….……………………..

Bölümü/Programı :………………………………………….……………………..

Kayıt Silme Nedeni :……………………………………………….………………..

Cep Telefonu :…………………………………………….…………………..

**RESMİ VEKİL ARACILIĞIYLA KAYIT SİLİNMESİ DURUMUNDA**

Vekilin;

Adı-Soyadı:…………………………………………………………………….…………..

TC Kimlik No:………………………………………………………..…………………….

GSM:……………………………………………………………………………………….

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yukarıda belirtilen nedenden dolayı Üniversitenizdeki kaydımın silinmesini talep ediyorum.

Bilgilerinizi arz ederim.

İMZA

…../…../…..

**BİRİM AMİRİ**

**…../…../……..**

**İMZA/KAŞE**