**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Enstitünüzden kendi isteğim ile kaydımı sildirmek istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20.. |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |
| --- |
| *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Enstitü** |  |
| **Anabilim Dalı** |  |
| **Programı** |  |
| **Akademik Yıl** |  |
| **Ders Dönemi** |[ ]  GÜZ |[ ]  BAHAR |
| **Adres** |  |
| **Telefon** | **Ev** |  |
|  | **İş** |  |
|  | **Cep** |  |
| **E-Posta** |  |

**EKLER:**

1. Öğrenci Kimlik Kartı
2. İlişik Kesme Belgesi