**T.C.**

**FIRAT ÜNİVERSİTE**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**…………………………….. BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

 …../…../20…..

 Fakülteniz …………………………….…………………………… Bölümü .…….sınıf öğrencisiyim. 20….–20…… Öğretim Yılı Güz/Bahar yarıyılı/yarıyılları ………………………………………………………………. nedeniyle kaydımı dondurmak istiyorum.

 Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 Adı ve Soyadı :

 İmza :

Öğrenci Numarası :

Ekler :

1)

2)

İkametgah Adresi :

………………………………………

………………………………………

Tel (Cep) ……………………………

 **UYGUNDUR UYGUN DEĞİLDİR**

**Tarih : …./…./20**