



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Konu: İlişik Kesme (Mezuniyet)			Tarih :/...../201.....
Adı Soyadı		Öğrenci No	
T.C. Kimlik No		Öğretim Yılı	
Bölümü		Cep Tel No	
Adres:			

Bütün derslerimi başarı ile tamamladım, mezuniyet işlemlerimin yapılmasını ve diplomamın hazırlanarak tarafıma verilmesini arz ederim.

İmza

Onaylar		
Açıklama	Onaylayan	Unvanı Adı Soyadı/Tarih ve İmza
Adı geçen öğrenci, bütün derslerinden ve uygulamalarından başarılı olmuş ve mezun olmaya hak kazanmıştır.	Danışman/...../201.....
Adı geçen öğrencinin, harç borcu bulunmamaktadır.	Öğrenci İşleri Sorumlusu/...../201.....
Adı geçen öğrencinin, üzerinde kütüphaneye ait malzeme yoktur.	S.Ü. Merkez Kütüphanesi/...../201.....

İlişik kesme işlemlerini tamamlayan yukarıda adı geçen öğrencinin mezuniyet belgesinin hazırlanmasını rica ederim.

Fakülte Sekreteri

Mezuniyet İlişik Kesme Formu Ekleri

- 1- Nüfus Cüzdan Fotokopisi**
- 2- Fakülte Kimlik Kartı**
- 3- Transkript (Mezun olabilir, onaylı)**