|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| logoo | **KAYIT SİLME DİLEKÇE FORMU** | Doküman No  | KU.FR.21 |
| Yayın Tarihi | 22.04.2022 |
| Revizyon No | 00 |
| Revizyon Tarihi | 00 |
| Sayfa No | 1/1 |

|  |
| --- |
|  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI’NA** Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencisiyim. ....................................................................... ............................................................................................................................................................................................................................ nedeniyle ......................... kaydımı sildirmek istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim. **Tarih:** ......../........./202...... **İmza:** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **Eğitim Öğretim Yılı** | 202..... – 202..... **Dönemi :** Güz ( ) Bahar ( ) |
|  **Varsa Açıklamanız:**  |

**Not:** **Kayıt Silme Dilekçe Formu** eksiksiz doldurulduktan sonra Diş Hekimliği Fakültesi **Öğrenci İşleri Birimi**’ne teslim edilecektir.