|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 506_giresununiversitesi.jpg | **T.C. GİRESUN ÜNİVERSİTESİ**  **ŞEBİNKARAHİSAR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU** | |
| **Birim Adı** | **Şebinkarahisar SHMYO** |
| **Adı** | **Kayıt Sildirme Talep Dilekçesi** |

…../…../20…

**T.C.**

**GİRESUN ÜNİVERSİTESİ**

**Şebinkarahisar Sağlık hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü’ne**

Meslek Yüksekokulunuzun………………………...Bölümü/Programı……………...numaralı öğrencisiyim. Üniversitenizden “*başarısızlık/kendi isteğim/disiplin/ harç/ yatay geçiş/ diğer”* nedenlerle ilişiğimin kesilmesini talep ediyorum. Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişiğimin olmadığını ve öğrenci kimliğimi Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne göndermeyi, beyanım haricinde oluşabilecek problemlerde tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu beyan ve taahhüt ediyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**…../…../20…**

**Öğrencinin Adı-Soyadı**

**İmzası**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı-Soyadı** |  | **Öğrenci Numarası** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  | **Bölüm/Program** |  |
| **Anne Adı** |  | **Cep Telefonu** |  |
| **Baba Adı** |  | **Adres:** | |
| **Doğum Yeri** |  |  | |
| **Doğum Tarihi** |  |

**AÇIKLAMALAR**

1. Bu dilekçeninöğrencinin Üniversitemizde kayıtlı e-posta adresinden, **Şebinkarahisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü e-posta adresine (sshmyo@giresun.edu.tr )** veya **faks yoluyla 0 (454) 310 16 65** numaralı telefona iletilmesi gerekmektedir.

2. Bu dilekçeyi gönderen öğrenci kendi rızasıyla kaydının silinmesini kabul etmiş olup, bütün sorumluluğun kendisine ait olduğunu kabul eder.

3. Dilekçeyi gönderen öğrenci aynı gün içerisinde **Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü’ne öğrenci kimliğini postalamak zorundadır**. Kimlik gönderilecek adres aşağıda belirtilmiştir.

**Öğrenci kimliğinin gönderileceği adres:**

Giresun Üniversitesi Şebinkarahisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu 28400  
Şebinkarahisar / GİRESUN