



İlişik Kesme Formu

| | |
|------------------|--------------|
| Doküman No: | ÖİDB.FR.0007 |
| Yayın Tarihi: | 1.06.2022 |
| Revizyon Tarihi: | |
| Revizyon No: | |
| Sayfa: | 1/1 |

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| ADI SOYADI (Name Surname) | | ÖĞRENCİ NO (Student No) | |
| FAKÜLTESİ (Faculty) | | TC KİMLİK NO (identity no) | |
| BÖLÜMÜ (Department) | | Telefon Numarası (Phone Number) | |
| E-Posta (E-mail) | | Telefon Numarası 2. (Phone Number) | |

Gazi ÜniversitesiFakültesi/Yüksekokulu/Enstitüsü

.....
Bölümünden.....
..... sebebi ile kaydımın silinmesini talep ediyorum. Çevrimiçi olarak gerçekleşecek bu işlemi Öğrenci Bilgi Sistemi üzerinden kendi kullanıcı adım ve şifrem ile yaptığımı, bu işlemde doğan tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu ve bu işlemle ilgili herhangi bir kurumu veya kişiyi sorumlu tutmayacağımı, benden talep edilecek belgelerin aslını Üniversitenize teslim edeceğimi taahhüt ederim.

ADRES
(Addresses)

Tarih
(Date)

İmza
(Signature)