**T.C.**

**MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

Fakülteniz ………………………………………….… Bölümü ……………… sınıf ……………... öğretim …………………………… numaralı öğrencisiyim. Fakültenizden kendi isteğimle kaydımı sildirmek istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

.... / …. / ….

İmza:

 Adı Soyadı:

Adres: ………………………………………….

………………………………………………….

……………………………………………….....

İletişim: ………………………………………...