|  |  |
| --- | --- |
| ADI SOYADI |  |
| ÖĞRENCİ NO |  |
| TC. KİMLİK NO |  |
| FAKÜLTE / YO. / MYO. ADI |  |
| BÖLÜM / PROGRAM ADI |  |
| CEP TELEFONU |  |

 Durumumun incelenerek *Yatay Geçişe Engel Bir Durumun Olmadığına Dair* işlemlerin başlatılması için gereğini arz ederim. …../…..../20..…

Adı Soyadı

 İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BİRİM |  ONAYLAYAN ADI SOYADI /TARİH /İMZA | DURUM |
| Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı |  | Yatay Geçiş Yapmasında Engel Yoktur |
| Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı |  | Yatay Geçiş Yapmasında Engel Yoktur |
| Birim Öğrenci İşleri |  | Yatay Geçiş Yapmasında Engel Yoktur |

*Adres:*

 Fakülte /YO/MYO Sekreteri

 İmza