

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
(Öğrencinin Yatay Geçişine Engel Bir Durumun Olmadığına Dair Belge)

ADI SOYADI:	MESLEK YÜKSEKOKULU:
ÖĞRENCİ NO:	T.C. KİMLİK NUMARASI:
PROGRAM:	CEP TELEFONU:
DÖNEM: <input type="checkbox"/> GÜZ <input type="checkbox"/> BAHAR	E-POSTA:

Durumumun incelenerek **Yatay Geçişine Engel Bir Durumun Olmadığı Dair** işlemlerimin başlatılması hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz ederim. /.... /20...

Adı/Soyadı
İmza

Adres :

BİRİM	TARİH İMZA	ONAYLAYAN ADI SOYADI	DURUM
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı			Yatay Geçiş Yapmasına Engel Yoktur. <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı			Yatay Geçiş Yapmasına Engel Yoktur. <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Birim Öğrenci İşleri			Yatay Geçiş Yapmasına Engel Yoktur. <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin Yatay Geçiş yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.

...../...../20...
İmza