



T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İLİŞİK KESME FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No.	
Öğrenci No.	
Bölüm/Program Adı	
Sınıfı	
E-Postası	
Telefon Numarası	
İlişgi Kesme Sebebi	☐ Mezuniyet ☐ Kayıt Silme ☐ Yatay Geçiş

Yukarıda belirttiğim sebeple üniversitenizden ilişkiğimin kesilmesini talep ediyorum. Aşağıdaki birimlerin imzası ile belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişkiğim olmadığımı beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../...../.....
İmza

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin biriminizle ilişkiği olup olmadığının açıklanarak, onaylanmasını arz ederim.

Fakülte Sekreteri/Müdür
Kaşe/İmza

Birim	Açıklama	Onaylayanın Adı Soyadı/İmzası	Tarih
Bölüm/Program Sorumlusu Akademik Danışman	İlişkiği kalmamıştır.		/..../....
Bölüm Staj Komisyonu	 iş günü Zorunlu Stajını tamamlamıştır. Staj Bitirme Tarihi/..../....		/..../....
Mezun Bilgi Formu (https://obs.sbu.edu.tr/oibs/kariyer/)	☐ Girişi Yapılmıştır		/..../....
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	İlişkiği kalmamıştır.		/..../....
Öğrenci Yurt Müdürlüğü	İlişkiği kalmamıştır.		/..../....
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	İlişkiği kalmamıştır.		/..../....
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı	İlişkiği kalmamıştır.		/..../....
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı (İmza için en son gitmeniz gerekmektedir)	☐ Katkı payı borcu yoktur. ☐ Öğrenci Kimliği alınmıştır. İlişkiği kalmamıştır		/..../....

*İlişik kesme işlemlerinizin tamamlanabilmesi, Geçici Mezuniyet Belgesi ve Diplomanın alınabilmesi için yukarıda yazılı birimlerden onay alınması zorunludur.

*Revizyon tarihi: 08.01.2026

* Doküman Kodu: GSBF.F.01