|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.C.**  **SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ** | | | | | |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | | | | | |
| **T.C. Kimlik No** | |  | | | |
| **Adı Soyadı** | |  | | | |
| **Anabilim Dalı** | |  | | | |
| **Öğrenci Numarası** | |  | | | |
| **Doğum Tarihi** | |  | | | |
| **Bulunduğu Aşama** | | **Bilimsel Haz  Ders  Yeterlik  Tez** | | | |
| **Programınız** | | **Doktora  Yüksek Lisans  Tezsiz Yüksek Lisans** | | | |
| **Telefon** | |  | | | |
| **E-Mail Adresi** | |  | | | |
| **Belgenin nereye verileceği** | |  | | | |
| ….. adet öğrenci belgesi ve / veya transkript belgelerine yukarıda belirttiğim gerekçe nedeniyle ihtiyacım vardır.  Gereğini arz ederim. …./…./20…  **İmza**  **Öğrenci Ad - Soyadı** | | | | | |
| **AÇIKLAMA** | | | |
| 1. Bu form Bilgisayarda doldurulmalı ve mavi mürekkepli kalemle imzalanmalıdır. 2. Öğrenci Kimlik Kartı Fotokopisi (öğrencinin bizzat başvurusu yapmaması halinde eklenecektir.) | | | |
|  | | | |
| **Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**  **Konya / TÜRKİYE** | | **E – Posta : sagbil@selcuk.edu.tr** | **Telefon : +90 332 2232453**  **Fax : +90 332 2410551** |