|  |
| --- |
|  **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** [x]  **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** |