**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Lisansüstü Kesin Kayıt Formu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| …../…../20… | | | | | |
| **Programın Adı** |  | | | | |
| **Eğitim-Öğretim Yılı** | **20… / 20…** | **Güz Yarıyılı** | | | **Bahar Yarıyılı** |
| **Kayıt Şekli** | **İlk Kayıt** | **Öğrencinin Başarı Notu** | | |  |
| **Af** | **Yatay Geçiş** | | |  |
| **Öğrenci No** |  | | | | |
| **T.C. Kimlik No** |  | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | | | |
| **Doğum Yeri ve Tarihi** |  | | | | **Tarih:** |
| **İkametgâh Adresi** |  | | | | |
| **Telefonu (Cep, İşyeri)** |  | | | | |
| **E-Posta** |  | | | | |
| **Mezun Olduğu Yükseköğretim Kurumu** |  | | | **Mezuniyet Tarihi:** | |
| **Askerlik Durumu** | **Yaptı** | | **Terhis Tarihi** | | **… / …./ …….** |
| **Tecilli** | | **Muaf** | |  |

Yukarıdaki bilgilerin eksiksiz ve doğru doldurulduğunu; inceleme sonunda yanlış bildirimde bulunduğumun belirlenmesi durumunda tüm öğrencilik haklarımı kaybedeceğimi, eğitim süresi içindeki durum değişikliklerinin en geç bir ay içinde bildireceğimi beyan ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| İmza |  |
| Adı - Soyadı |  |