T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz …… sınıfında ......................................nolu öğrencisiyim. Kendi isteğim ile Fakültenizde bulunan öğrenci kaydımın silinmesini talep ediyorum.

Gereğini arz ederim.

 İmza

 ....../....../20…..

 Adı ve Soyadı

E-Mail:

Telefon:

Adres:

EKLER**:**

1) Öğrenci Kimliği