# ……………………………… BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Fakülteniz ……….. Bölümü ………… Programına 20….-20…. Eğitim-Öğretim Yılında dikey geçiş ile yerleştirildim. Meslek Yüksekokulları ve Açıköğretim Ön Lisans Programları Mezunlarının Lisans Öğrenimine Devamları Hakkında Yönetmeliğin 9. Maddesine istinaden intibakınım yapılması hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20.. |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* | | | | | |
| **Öğrenci Numarası** |  | | | | |
| **Fakülte/Enstitü/YO/MYO** |  | | | | |
| **Bölümü / Programı** |  | | | | |
| **Öğretim Türü** |  | Normal Öğretim | |  | İkinci Öğretim |
| **Sınıf** |  | | | | |
| **Cep Telefon** |  | | | | |
| **E-Posta Adresi** |  | | | | |
| **Akademik Yıl** | … /… | | | | |
| **Ders Dönemi** |  | | GÜZ |  | BAHAR |