# ……………………………… 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 |