



İSTANBUL AYVANSARAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

.../.../20...

İLİŞİK KESME DİLEKÇESİ

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Öğrenci No	
Adı, Soyadı	
Programı	
Program Türü	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans (TEZSİZ) <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans (TEZLİ) <input type="checkbox"/> Doktora
İletişim Bilgileri (e-posta, tel.)	e-posta : Telefon :

20....-20.... Güz/Bahar yarıyılından itibaren Enstitünüz.....
programındaki kaydımın silinmesini istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrenci Adı Soyadı

İmza