**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 |  |