\_\_\_/\_\_\_/20\_\_

**KÖYCEĞİZ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

20\_\_-20\_\_ Eğitim-Öğretim Yılı \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Yarıyılı’ndan itibaren “Yükseköğretim Kurumlarında Önlisans ve Lisans Düzeyindeki Programlar Arasında Geçiş, Çift Ana Dal, Yan Dal ile Kurumlar Arası Kredi Transferi Yapılması Esaslarına İlişkin Yönetmelik”in 11. Maddesine istinaden yatay geçiş yapmak istiyorum. Gerekli belgeler dilekçem ekindedir.

Gereğini arz ederim.

 Ad Soyad/İmza

|  |
| --- |
| ÖĞRENCİNİN KAYITLI OLDUĞU ÜNİVERSİTE-BÖLÜM-PROGRAM ADI |
| ÖĞRENCİNİN YATAY GEÇİŞ YAPMAK İSTEDİĞİ KÖYCEĞİZSHMYO PROGRAM ADI |
| ÖĞRENCİ İLETİŞİM BİLGİLERİ |
| Cep Tel No: |
| e-posta : |
| Adres : |