**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

SİMAV SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Aşağıda belirtmiş olduğum öğrenci bilgilerime ait transkript belgesinin hazırlanarak gönderilmesini arz ederim.

Ad Soyad

 (İmza)

 (Tarih)

Ekler:

1. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi (Ön ve arka yüzünün fotokopisinin dilekçe ekine konması zorunludur)

(Aşağıdaki Seçeneklerden birisini seçiniz)

* Transkript aşağıda belirtmiş olduğum adresime gönderilsin.
* Transkript, şahsım adına Tablo 2’de bilgileri verilen kişi tarafından teslim alınacaktır.

**Tablo 1. (Doldurulması zorunludur)**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrenci Numarası |  |
| Telefon num. / Faks num. |  / |
| Adres (Transkriptin gönderileceği adres) |  |

**Tablo 2. (Eğer başkası tarafından alınacaksa doldurulması gerekmektedir.)**

Transkripti teslim alacak kişinin;

|  |  |
| --- | --- |
| T.C. Kimlik Numarası |  |
| Adı Soyadı |  |