**T.C.**

**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Aşağıda belirtmiş olduğum taleplerimle ilgili olarak gerekli işlemin yapılmasını arz ederim.

**……/…../…..**

**İmza**

|  |  |
| --- | --- |
| **T.C. Kimlik / Y.U. Numarası** |  |
| **Adı ve Soyadı** |  |
| **Bölüm** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres** |  |

|  |
| --- |
| **TALEPLER** |
| Fakültenize, 2023-2024 Eğitim Öğretim Yılı Yatay Geçiş İçin Asil Adaylardan Boş Kalan Kontenjana Başvuru Yapmak İstiyorum. Başvuruda bulunduğum kontenjana ait bilgiler aşağıdaki tabloda işaretlenmiştir.  Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **SEÇİNİZ** | **BAŞVURU YAPILAN KONTENJAN TÜRÜ** |  | **SEÇİNİZ** | **BAŞVURU YAPILAN SINIF** | |  | Not Ortalaması (YURT İÇİ) |  |  | 2.SINIF | |  | Not Ortalaması (YURT DIŞI) |  |  | 3.SINIF |     **DİKKAT:**  Bilgilerde eksiklik ya da hata bulunan dilekçeler ile imzasız dilekçeler işleme konulmayacaktır. |