

**T.C.**

**ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ MEZUNİYET TALEP VE İLİŞİK KESME BELGESİ *(LİSANS/ÖNLİSANS)***

Kayıt yaptırdığım Fakülteniz Lisans Programında yer alan tüm derslerimi ve zorunlu stajlarımı tamamlayarak “Tıp Doktoru Diploması “ almaya hak kazandım.

Mezuniyet işlemlerimin başlatılmasını arz ederim.

Tarih:

# Öğrenci

**(Adı Soyadı – İmzası)**

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | **Bölüm/Program** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  | **Doğum Tarihi**  (Gün ,Ay,Yıl) |  |
| **Numarası** |  | **Uyruğu** |  |
| **Baba Adı** |  | **Telefon No** |  |
| **Ana Adı** |  | **E-posta Adresi** |  |
| **Daimi Adres** |  | | |

Ders öğretim planındaki tüm dersler alınmıştır

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İlgili Birim** | **Adı ve Soyadı** | **İmzası** | **Açıklamalar** |
| **VI. Sınıf Sorumlusu** |  |  | Mezun olmaya hak  kazandığı anlaşılmıştır |
| **Kütüphane ve Dokümantasyon**  **Daire Başkanlığı** |  |  | Kütüphane ile ilişiği  yoktur. |
| **Öğrenci İşleri Daire**  **Başkanlığı Harç Bürosu** |  |  | Borcu yoktur. |
| **Hastane Başmüdürlüğü** |  |  | Müdürlük ile ilişiği yoktur. |
| **Tahakkuk Bürosu** |  |  | İlişiği yoktur. |
| **Ders Araçları** |  |  | İlişiği yoktur. |

Tarih:

# U Y G U N D U R

# Fakülte Sekreteri

Bayram ÖKSÜZ

İmza:

[https://mbs.omu.edu.tr/users/sign\_up](http://mezun.omu.edu.tr/) adresinden **MEZUN BİLGİ SİSTEMİNE** üye olunuz.

**BEYANNAME**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** | **Baba Adı** | **Anne Adı** | **Doğum Yeri ve Tarihi** | **Uyruğu** | **Mezuniyet Tarihi** | **Diploma No.** | **İkamet Adresi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Mezun Olduğu

Fakülte veya Y.Okul :

Bölüm / Program :

**TEBLİGAT ADRESİ BİLGİ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **T.C. KİMLİK NO** |  |
| **ADI** |  |
| **SOYADI**  (Varsa kızlık soyadı belirtilecek) |  |
| **CEP TEL** |  |
| **E-MAIL ADRESİ** |  |
| **TEBLİGAT ADRESİ** |  |
| Yukarıda yazılı bilgiler nüfus kaydıma göre tarafımdan doldurulmuş olup, bilgilerimin doğruluğunu kabul ve beyan eder, diplomamın tescil işlemi ve yapılacak tebligatın belirtilen adrese yapılması için Sağlık Bakanlığına gönderilmesini arz ederim.  İmza:  Tarih: | |