

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
( Öğrencinin Yatay Geçişine Engel Bir Durumun Olmadığına Dair Belge )

.../.../20...

ADI SOYADI:	T.C. KİMLİK NUMARASI:
ÖĞRENCİ NO:	CEP TELEFONU:
BÖLÜMÜ:	E-POSTA:
DÖNEM: <input type="checkbox"/> GÜZ <input type="checkbox"/> BAHAR	

ADRES:

Durumumun incelenerek Yatay Geçişime Engel Bir Durumun Olmadığına Dair işlemlerimin başlatılması hususunda;  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı/Soyadı  
İmza

	Ad Soyadı	Tarih İmza	Düşünceler
Akademik Danışmanı			*Yatay Geçişine Engel <input type="checkbox"/> Vardır <input type="checkbox"/> Yoktur
Bölüm Başkanı			*Yatay Geçişine Engel <input type="checkbox"/> Vardır <input type="checkbox"/> Yoktur
Fakülte Birim Öğrenci İşleri			*Yatay Geçişine Engel <input type="checkbox"/> Vardır <input type="checkbox"/> Yoktur
Fakülte Sekreteri			*Yatay Geçişine Engel <input type="checkbox"/> Vardır <input type="checkbox"/> Yoktur

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin Yatay Geçiş yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.

.../.../20...

İmza  
Mühür  
Dekan

\*Not: Öğrencinin yatay geçiş yapmasına engel bir durumu var ise açıklayınız.  
Açıklama: