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: ☐ GÜZ ☐ 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 ☐ Vardır ☐ Yoktur
Bölüm Başkanı			*Yatay Geçişine Engel ☐ Vardır ☐ Yoktur
Fakülte Birim Öğrenci İşleri			*Yatay Geçişine Engel ☐ Vardır ☐ Yoktur
Fakülte Sekreteri			*Yatay Geçişine Engel ☐ Vardır ☐ 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: