**T.C.**

**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

Fakülteniz ……………………………….. Bölümü, ………………………. numaralı ……. sınıf öğrencisiyim. Ekte sunduğum belgede belirtilen mazeretim gereğince .......... - .......... Eğitim-Öğretim Yılı Güz / Bahar yarıyılında kaydımı dondurmak istiyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

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

 Adı Soyadı: ......................................

İmzası :......................................

Adres:

Telefon:

**Ekler:**

|  |
| --- |
| **1)** Sağlık Kurulu Raporu |
| **2)** Fakirlik İlmühaberi |
| **3)** Tutukluluk Belgesi |
| **4)** Askerlik Belgesi |
| **5)** Diğer Nedenler |

**İLGİLİ YÖNETMELİK**

Kastamonu Üniversitesi Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği