**T.C.**

**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

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

 **……/…../…..**

 **İmza**

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

|  |
| --- |
| **TALEPLER** |
| 10.06.2020 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin Madde 8/1 hükmü gereğince 1 Yarıyıl ek süre verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.**EK:****DİKKAT:**Bilgilerde eksiklik ya da hata bulunan dilekçeler ile imzasız dilekçeler işleme konulmayacaktır. |