

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
ATAYALVAÇ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulunuzun ..... Programı ..... numaralı öğrencisiyim. .... dolayı 20... - 20... eğitim-öğretim yılında 1 yarıyıl (1 Dönem) / 1 yıl (2 Dönem) kaydımı dondurmak istiyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

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

Adı Soyadı / İmza

Adres : .....  
.....  
.....

Telefon : .....  
E-Mail : .....

Ek : Öğrenci Kimlik Kartı