****

**T.C**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

**AKADEMİK İZİN FORMU**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

20…../20…. Eğitim-Öğretim yılı Güz/Bahar yarıyılında akademik izinli sayılmak istiyorum.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.



|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **Öğrenci Numarası:** |  |
| **Programı** |  |
| **Akademik İzin Gerekçesi:** |  |
|  |
|  |
| **Ekli Belgeler:** |  |
| **Ek 1:** |  |
|  |  |
| **TC Kimlik numarası:** |  |
|  |  |
| **Ev telefonu:** |  |
| **Cep telefonu:** |  |
| **Adres :** **Tarih:** |  |
|  |
|  |
| **…. / …… / 20…..** |
| **İmza:** |  |