



**KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜNE**

...../ 09 / 2023

Başvuran Öğrencinin;

TC Kimlik No	
Öğrenci No	
Adı Soyadı	
Kayıtlı Olduğu Program	
Okuduğu Dönem Sayısı	
Genel Not Ortalaması	
Sınıf Başarı Yüzdesi	
Programa kayıt olduğu TYT puanı	
Başvurulan Yarıyıl	2.yarıyıl

ÇİFT ANADAL Yapmak İstedığı Bölüm;

Başvurduğunuz programları lütfen tercih sırasına göre sıralayınız.

1	
2	
3	

Bu form dilekçe ile verdiğim tüm bilgi ve belgelerin doğruluğunu kabul ve beyan ederim. Kayıt hakkı kazandığım takdirde, başvuru kayıt koşullarına uymayan bir durumla karşılaşılması halinde kaydımın iptalini kabul ediyorum.

İmza:

Not: Lütfen bu formu doldurup imzalayınız ve tarayarak kurumsal mailiniz üzerinden cap@kocaelisaglik.edu.tr adresine gönderiniz.

Tüm bilgilendirmeler bu mail adresi kullanılarak, sizlerin kurumsal mailleriniz (ogr.no@kocaelisaglik.edu.tr) üzerinden yapılacaktır.