**T.C.**

**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Sağlık Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü**

**LİSANSÜSTÜ KESİN KAYIT FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Doğum Yeri, Tarihi |  |
| Telefon |  |
| Haberleşme Adresi |  |
| Başvurduğu Program | Tezsiz Yüksek Lisans |
| Başvurduğu Anabilim Dalı |  |

**EKLER :**

1. 6 adet renkli vesikalık fotoğraf (4,5x6) son altı ayda çekilmiş olmalıdır.
2. Askerlik ile ilgili,

-Askerliğini yapmış olanlar için, Askerlik Terhis Belgesi

-Askerliğini henüz yapmamış adaylar için, Askerlik Tecil istediğine dair dilekçe

-Askerlik şubesinden alınmış Askerlik müsaade (durum) belgesi

**Yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu kabul ve taahhüt ediyorum.**

Gerçeğe aykırı/yanlış beyanda bulunmam, sunduğum belgelerde noksanlık veya tahrifat olması durumunda ya da anabilim dalının ölçütlerini karşılamayan belgelerle başvurmam durumunda hangi aşamada olursa olsun kaydımın geçersiz sayılacağını kabul ediyorum.

/07/2018

İMZA