**ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA**

Üniversiteniz hesabına 20...…- 20...…. Eğitim Öğretim yılı Güz 🖵 / Bahar 🖵 döneminde yatırmış olduğum katkı payı/öğrenim ücretinin aşağıda belirtilen nedenden dolayı tarafıma iadesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Adı ve Soyadı: ………………………………………

Tarih : ……./……../20……

İmza :

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI SOYADI**  (Name Surname) | **ÖĞRENCİ NO**  (Student No) |
| **OKULU**  (School) | **TC KİMLİK NO**  (identity no) |
| **PROGRAM**  **(**Program**)** | **Cep Telefonu**  (Cell Phone) |
| **E-Posta**  (E-mail) | **Adres** (Adress) |

İade Sebebi :………………...………………………………………………………………………………………….

***İadenin Yatırılacağı Öğrenciye ait Hesabın***

Banka Adı : ………………………………………………………………………………………………...…

Banka Şube Adı : …………………………………………………………………………………………………...

IBAN Numarası : TR \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

***Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı Tarafından Doldurulacaktır.***

Yatırılan Tutar : …………….……

İade Edilecek Tutar : ……………….…

İade Nedeni : ………………………………………………………………………………………....

Öğrenim Ücreti Banka Tahakkuk Kontrolü Harçlar-Burslar ve İdari İşlemler Şube Müdürlüğü Tarafından Yapılmıştır.

**Hazırlayan Personel Şube Müdürü**

**Ekler:**

* Öğrenci Kimlik Kartı Fotokopisi veya Hesap Cüzdanı Fotokopisi (IBAN Gösteren Belge)
* Şehit/Gazi Yakını Olduğunu Gösteren Resmi Onaylı Belge
* Engelli Öğrenci ise Sağlık Bakanlığı Onaylı Kurumlar Tarafından Verilmiş Engellilik Oranını Belirten Sağlık Raporu