**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 :

İmza :

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

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

Yatırılan Tutar : …………….

İade Tutarı : ………………….

***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 : ………………………………………….

**Ekler:**

* İlgili Döneme ait Dekont
* Öğrenci Hesap Cüzdanı Fotokopisi (Birim amirince aslı gibidir yapılmış)
* Kimlik Belgesi Fotokopisi (Birim amirince aslı gibidir yapılmış)
* Şehit/Gazi Yakını Olduğunu Gösteren Resmi Onaylı Belge
* Engelli Öğrenci ise Sağlık Bakanlığı Onaylı Kurumlar Tarafından Verilmiş Engellilik Oranını Belirten Sağlık Raporu