**TEBLİGAT ADRESİ BİLGİ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **T. C. KİMLİK NO** |  |
| **ADI** |  |
| **SOYADI**  **(Varsa kızlık soyadı belirtilecek)** |  |
| **EV TELEFON NO** |  |
| **İŞ TELEFON NO** |  |
| **CEP TELEFON NO** |  |
| **EMAİL ADRESİ** |  |
| **TEBLİGAT ADRESİ** |  |
| Yukarıdaki bilgilerin tarafıma ait olduğunu, yapılacak tebligatın belirtilen adrese yapılmasını ve bilgilerimin doğruluğunu kabul ve beyan ederim.  **İmza** : ………….……………  **Tarih** : …..…/…..…./………. | |

**MEZUNİYET BEYANNAMESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı ve Soyadı** | **Baba Adı** | **Doğum Yeri ve Tarihi** | **Tabiiyeti** | **Mezuniyet Tarihi** | **Dip. No** | **İkamet Adresi** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Yukarıda yazılı bilgiler nüfus kaydıma göre tarafımdan doldurulmuş olup, diplomamın tescil işlemi için Sağlık Bakanlığına gönderilmesini arz ederim.  Mezun olduğu Fakülte veya Okul :    .……/….…/20…….  İmza | | | | | | |

NÜFÜS

CÜZDANI

FOTOKOPİSİ