**ATATÜRK SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

 Meslek Yüksekokulumuz **.......................................................................**Bölümü

**..........................................** numaralı öğrencinizim.

 Aşağıda belirttiğim ve ekte sunduğum belge uyarınca öğrenim süremin 20.... /20.... eğitim-öğretim yılı**......................................**yarıyılından itibaren .............**.......................**yarıyıl **dondurulmasını** istiyorum.

 Gereğini saygılarımla arz ederim.

 ....... / ...... / **20**......

 **(Ad, Soyad, İmza)**

**Adres:**

**Cep:**

**E-posta:**

**MAZERET NEDENİ:**