**T.C.**

**ORDU ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

DİPLOMA TESLİM FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | |
| ADI SOYADI |  |
| ANABİLİM/ANASANAT DALI |  |
| BİLİM/SANAT DALI |  |
| PROGRAM | ☐ Tezli YL. ☐ Tezli YL. (İÖ) ☐ Doktora |
| T.C. KİMLİK NUMARASI |  |
| BABA ADI/ANNE ADI | - |
| DOĞUM YERİ VE YILI | - |
| ÖĞRENCİ NUMARASI |  |
| KAYIT TARİHİ |  |
| MEZUNİYET TARİHİ |  |
| DİPLOMA NO |  |
| TELEFON |  |
| E-POSTA | @ |
| ADRES |  |

Kimlik ve mezuniyet bilgilerim yukarıda belirtilmiş olup, Ordu Üniversitesi tarafından adıma düzenlenen Diplomamı elden teslim aldım.

|  |  |
| --- | --- |
| **TESLİM ALAN** | ☐ Kendisi ☐ Vekili *(Noter Vekaleti Gerektirir)* |
| ADI SOYADI |  |
| CEP TELEFONU |  |
| TARİH |  |
| İMZA |  |