Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Program (Anadal) |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Adı Soyadı |  |
| TC Kimlik Numarası |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| E-Posta |  |
| Bitirdiği Dönem |  |
| Genel Not Ortalaması (GNO) |  |
| Başvurulan Çift Anadal Programı |  |

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu ve ÇAP yönergelerine uygunluğunu beyan ederim.

Başvuru tarihi:……./……../20.…. Öğrencinin İmzası:

**Danışman Görüşü**:

Öğrencinin beyanı tarafımdan kontrol edilmiş olup, öğrencinin Çift Anadal Programına başvurusu ile ilgili görüşüm aşağıda belirtilmiştir.

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

**Onay Tarihi Unvan Ad Soyad İmza**

....../.…../20…... Danışman…………………………………………..... …………….

....../.…../20…... Bölüm Başkanı……………………………………… …………….

....../.…../20…... Başvurulan Bölümün………………………………… …………….

 Başkanı

....../.…../20…... Öğrenci İşleri……………………………………………… …………….