**T.C.**

**Kastamonu Üniversitesi**

**Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi**

**BURSİYER İLİŞİK KESME FORMU**

Aşağıda bilgileri verilen proje kapsamında bursiyer öğrencimin ilişiğinin kesilerek gerekli SGK ve ödeme işlemlerinin belirtilen tarih itibari ile durdurulması hususunda gereğini arz ederim.

Proje Yürütücüsü

İmza

Proje Numarası :

Proje Adı :

Bursiyer Adı Soyadı :

Öğrenim Programı :

İlişiğin Kesileceği Tarih :