**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

 Fakülteniz ………. Bölümü ……………….. numaralı öğrencinizim. Fakülte öğrenci temsilciliğine aday olmak istiyorum. Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Öğrenci Temsilciliği Ve Öğrenci Konseyi Seçim Usul Ve Esasları Yönergesi’nde belirtilen şartları taşıdığımı ve aksinin tespiti halinde adaylığımın geçersizliğini kabul ettiğimi beyan eder; Tıp Fakültesi Öğrenci Temsilcisi Adayı başvurumun kabulünü arz ederim.

 İMZA

Adı - Soyadı: Öğrenci Numarası:

Sınıfı:

GSM:

E-Posta Adres :