**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| TC Kimlik No: |  |
| Uzmanlık Dalı (Anadal) |  |
| Uzmanlık Eğitim Kurumu: |  |
| Tez Danışmanı: |  |

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmenliğinin 19. Maddesine göre Tez Savunma sınavının yapılabilmesi için önerilen sınav tarihi, yeri ve jürisi aşağıda belirtilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Eğitim Sorumlusu

ÖNERİLEN SINAV TARİHİ, YERİ VE JÜRİ ÜYELERİ

|  |  |
| --- | --- |
| Sınav Tarihi: |  |
| Sınav Yeri: |  |
| Sınav Saati: |  |