**TEZ DANIŞMANI ATAMA FORMU**

|  |
| --- |
|  …./…./202… **TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliğinin 19. maddesinin 2. fıkrası ile Trabzon Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesinin 11. maddesinin 1.fıkrasının (g) alt bendine göre ……………………………………………. Anabilim Dalımız Uzmanlık öğrencisinin tez danışmanı bilgileri aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim. **Eğitim Sorumlusu** **İmza Adı Soyadı** |
| Öğrencinin Adı ve Soyadı: | Tarih: …../…../202….Adı Soyadı | İmza: |
| Tez Danışmanı Adı ve Soyadı: | Tarih: …../…../202….Adı Soyadı | İmza: |