****

**TEZ BENZERLİK ORANLARI FORMU**

**ÖĞRENCİNİN**

Adı Soyadı :

Bağlı Olduğu Hastane :

|  |
| --- |
|  Anabilim Dalı : |

Bilim Dalı/Programı :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tez Adı** | **:** |  |
| **Alıntılar Dahil Taranan Tezin Benzerlik Yüzdesi (%)** | **:** |  |
| **Alıntılar Dahil Trabzon Tıp Fakültesi Benzerlik Ölçütü (%)** | **:** | 25 |
| **Uygunluk** | **:** |  |

|  |
| --- |
|  Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, özet, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam……….sayfalık kısmına ilişkin, …../…../20… tarihinde şahsım ve tez danışmanım/Kurum Eğitim Sorumlusu tarafından TURNITINadlı intihal tespit programında taraması yapılmıştır. Tez Danışmanımın gözetiminde tamamladığım uzmanlık tezimin azami benzerlik oranlarına göre intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim. |
|  **Öğrenci Tez Danışmanı**  **(**Ad, Soyad, İmza) **(**Ad, Soyad, İmza) |
|  |
|  |
|  |
|  |  |

**KONTROL EDEN**

**(……../……../2022)**

**Kurum Eğitim Sorumlusu**