**TEZ DÖNEMİ UZATMA TALEP FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Uzmanlık Dalı** |  |
| **Program Yöneticisi** |  |
| **Tez Türü** | Tıpta Uzmanlık Tezi Yan Dal Uzmanlık Tezi |
| **Tez Danışmanı** |  |
| **Tezin Konusu** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği'nin 19. maddesinin 4. fıkrası hükümlerine göre oluşturulan jüri tarafından tez yetersiz bulunmuştur. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince uzmanlık eğitim süresine altı ay ek süre verilmesi hususunda;  Gereğini arz ederim. | |
| …/…/…..  Unvanı Adı Soyadı ve İmzası  Program Yöneticisi | …/…/…  Unvanı, Adı Soyadı ve İmzası  Tez Danışmanı |
| …/…/…  Unvanı Adı Soyadı ve İmzası  Anabilim Dalı Başkanı | |

|  |
| --- |
| Talep edilen altı ay ek sürenin sonunda program yeterliliklerini tamamlayamadığım takdirde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği'nin 19. Maddesi uyarınca Üniversite ile ilişiğimi keseceğimi kabul ediyorum.  Gereğini arz ederim. |
| …/…/…  Unvanı, Adı Soyadı ve İmzası  Uzmanlık Öğrencisi |