**TEZ DANIŞMANI ATAMA FORMU**

|  |
| --- |
| …./…./202… **ERZURUM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliğinin 19. maddesinin 2. fıkrası ile Sağlık Bilimleri 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. **Anabilim Dalı Başkanı****İmza** **Adı Soyadı** |
| Öğrencinin Adı ve Soyadı: | Tarih: …../…../202….Adı Soyadı | İmza: |
| Tez Danışmanı Adı ve Soyadı: | Tarih: …../…../202….Adı Soyadı | İmza: |