****

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
 DANIŞMAN DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİ FORMU**

**(TEZSİZ YÜKSEK LİSANS)**

|  |
| --- |
| Tarih:   /  /  **HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**  Ana Bilim Dalımız lisansüstü programına kayıtlı aşağıdaki öğrencimiz için belirtilen gerekçeler doğrultusunda danışman değişikliği talep edilmektedir.  Gereğini bilgilerinize arz ederim.  İmza  **Ana Bilim Dalı Başkanı**  (Unvanı, Adı ve Soyadı) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANIŞMAN DEĞİŞİKLİĞİNİN GEREKÇESİ** | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Yukarıda belirtilen gerekçeler doğrultusunda danışman değişikliğini kabul ediyorum.  İmza  **Unvan, Adı ve Soyadı**  **(Önceki Danışmanı)** | | |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** | **Programı** | **İmzası** |
|  |  |  |
| Yukarıda bilgileri verilen lisansüstü öğrencimizin danışmanlığını kabul ediyorum.  İmza  **Unvan, Adı ve Soyadı**  **(Yeni Danışmanı)** | | |
| Danışmanlığını yürüttüğüm mevcut öğrenci sayısı: | | |

|  |
| --- |
| **ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI** |
| Karar No:      Tarih:   /  /  Yukarıdaki danışman değişikliği önerisi uygun bulunmuştur/bulunmamıştır.  İmza  **Enstitü Müdürü** |

**Not:** Tezsiz yüksek lisans programında enstitü anabilim dalı başkanlığı, anabilim dalı kurulu kararı doğrultusunda her öğrenci için ders seçiminde ve dönem projesinin yürütülmesinde danışmanlık yapacak bir öğretim üyesi veya ilgili Senato tarafından belirlenen niteliklere sahip doktora derecesine sahip bir öğretim görevlisini en geç birinci yarıyılın sonuna kadar belirler. (MADDE 32/1)\*.