****

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZ İZLEME KOMİTESİ ÖNERİ FORMU**

|  |
| --- |
| **Danışman Görüşü** |
| Danışmanlığını yürüttüğüm doktora öğrencisi       numaralı       için aşağıda önerilen “Tez İzleme Komitesi” uygundur.  İmza  (Unvanı, Adı ve Soyadı  **Danışman** |

|  |
| --- |
| Tarih:   /  /  **HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**  Ana Bilim Dalımız doktora öğrencisi       numaralı       için önerilen “Tez İzleme Komitesi” aşağıda sunulmuştur.  Gereğine arz ederim.  İmza  **Ana Bilim Dalı Başkanı** (Unvanı, Adı ve Soyadı) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tez İzleme Komitesi Üyeleri** | | | | |
| **Unvanı, Adı ve Soyadı** | | **Ana Bilim Dalı / Kurumu** | | **İmzası** |
| **1.** | / | |  | |
| **2.** | / | |  | |
| **3.** | / | |  | |
| **\*** *Komitede tez danışmanından başka enstitü ana bilim dalı içinden ve dışından birer üye yer alır.*  *\* İzleme komitesinde en az bir profesör veya doçent unvanına sahip öğretim üyesi olması şarttır.*  *\* Komitede görev alacak olan öğretim üyelerinin İstanbul’daki yüksek öğretim kurumlarından belirlenmesi esastır.*  *\* Şehir dışından komite üyesi önerilmesi zorunlu ise gerekçesinin sunulması şarttır.* | | | | |

|  |
| --- |
| **ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI** |
| Karar No: Tarih:  Yukarıdaki önerinin uygun olduğuna /uygun olmadığına karar verilmiştir.  İmza  **Enstitü Müdürü** |