****

**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**  |