 **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**GÜLHANE DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

 **İLMİ HÜVİYET TESPİT SINAVI BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI SOYADI \*** |  |
| **UYRUĞU** |  |
| **T.C. KİMLİK NO / YU NO****PASAPORT NO \*\*** |  |
| **DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)** |   |
| **MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE/ÜLKE** |  |
| **MEZUN OLDUĞU FAKÜLTE** |  |
| **MEZUN OLDUĞU BÖLÜM** |  |
| **MEZUNİYET TARİHİ** |  |
| **CEP TELEFONU NUMARASI** |  |
| **E-POSTA ADRESİ** |  |
| **ADRES** |  |
| **TARİH - İMZA** |  Yurtdışındaki bir yükseköğretim kurumunda Diş Hekimliği Fakültesinde eğitimimi tamamladım. Diplomamın denklik işlemleri için Üniversiteniz tarafından 18 Kasım 2019 tarihinde yapılacak olan İlmi Hüviyet Tespiti Sınavına katılmak istiyorum.  …../……../2019  |

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi*

\* Adaylar Başvuru Formuna diplomada yazan ad-soyadının yanında Türk Vatandaşlığına geçti ise yeni ad soyadını da belirtmelidir.

\*\* T.C. Vatandaşı Olmayan Yabancı uyruklu adaylar için Pasaport Numarası yazılmalıdır.