**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| TC Kimlik No: |  |
| Uzmanlık Dalı (Anadal-Yandal) |  |
| Uzmanlık Eğitim Kurumu: |  |

Yukarıda kimlik bilgileri verilmiş uzmanlık öğrencisinin, Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmenliğinin 20. Maddesine göre Uzmanlık eğitimi bitirme sınavının yapılabilmesi için sınav tarihi, yeri ve jürisi önerilerimiz aşağıda belirtilmiştir. Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

Anabilim Dalı Başkanı

ÖNERİLEN SINAV TARİHİ, YERİ VE JÜRİ ÜYELERİ

|  |  |
| --- | --- |
| Sınav Tarihi: |  |
| Sınav Yeri: |  |
| Sınav Saati: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jüri (Asil) | Unvan, kurum ve iletişim bilgileri |
| 1- |  |
| 2- |  |
| 3- |  |
| 4- |  |
| 5- |  |
| Jüri (Yedek) |  |
| 1- |  |
| 2- |  |