**Sağlık Bilimleri Üniversitesi**

**Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**İlmi Hüviyet Tespit Sınavı Başvuru Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI SOYADI \*** |  |
| **UYRUĞU** |  |
| **T.C. KİMLİK NO / YU NO****PASAPORT NO \*\*** |  |
| **DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)** |   |
| **MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE** |  |
| **MEZUN OLDUĞU FAKÜLTE** |  |
| **MEZUN OLDUĞU BÖLÜM** |  |
| **MEZUNİYET TARİHİ** |  |
| **CEP TELEFONU NUMARASI** |  |
| **E-POSTA ADRESİ** |  |
| **ADRES** |  |
| **TARİH - İMZA** | Yurtdışındaki bir yükseköğretim kurumunun Sağlık Bilimleri Fakültesinde eğitimimi tamamladım. Diplomamın denklik işlemleri için Sağlık Bilimleri Üniversitesi tarafından 26 Kasım 2019\*\*\* /27 Kasım 2019\*\*\*\* tarihinde yapılacak olan İlmi Hüviyet Tespiti Sınavına katılmak istiyorum.  …../……../2019  |

*Sağlik Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri 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.

\*\*\*Saat: 09:30-17:30 Sınav Alanı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

\*\*\*\* Saat: 09:30-17:30 Sınav Alanları: Ebelik, Ergoterapi, Dil ve Konuşma Terapisi, Beslenme ve Diyetetik, Odyoloji, Çocuk Gelişimi