**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**İLMİ HÜVİYET TESPİTİ SINAVI BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI SOYADI \*** |  |
| **UYRUĞU** |  |
| **T.C. KİMLİK NO / YU NO PASAPORT NO \*\*** |  |
| **DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)** |  |
| **MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE** |  |
| **MEZUN OLDUĞU FAKÜLTE** |  |
| **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 18-19 Kasım 2020 tarihinde yapılacak olan İlmi Hüviyet Tespiti Sınavına katılmak istiyorum.…../……../2020 |

\* 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.