****

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

 **DANIŞMAN DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİ FORMU**

|  |
| --- |
|  Tarih:   /  /    **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**Anabilim Dalımız lisansüstü programına kayıtlı aşağıdaki öğrencimiz için belirtilen gerekçeler doğrultusunda danışman değişikliği talep edilmektedir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.  İmza       **Anabilim Dalı Başkanı** (Unvanı, Adı ve Soyadı)  |

|  |
| --- |
| **ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI** |
| Karar No:      Tarih:   /  /    Yukarıdaki danışman değişikliği önerisi uygun bulunmuştur. İmza **Enstitü Müdürü**  |

|  |
| --- |
| **DANIŞMAN DEĞİŞİKLİĞİNİN GEREKÇESİ** |
|   Yukarıda belirtilen gerekçeler doğrultusunda danışman değişikliğini kabul ediyorum. İmza **Unvan Adı Soyadı** |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** | **Programı** | **İmzası** |
|  |  |  |
|  Yukarıda bilgileri verilen lisansüstü öğrencimizin danışmanlığını kabul ediyorum. İmza **Unvan Adı Soyadı** |