****

**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** | | |