**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

2020-2021 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI GÜZ YARIYILI

100/2000 YÖK DOKTORA BURSU BAŞVURU FORMU

Başvuru Sahibinin

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. No |  |

Eğitim Bilgileri

|  |  |
| --- | --- |
| Lisans |  |
| Yüksek Lisans |  |

Çalışma Bilgileri

|  |  |
| --- | --- |
| İşyeri Adı |  |
| Adres |  |
| Çalışmıyor |  |

İletişim Bilgileri

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon |  |
| E-posta |  |
| Adres |  |

Başvuru Bilgileri

|  |  |
| --- | --- |
| Başvuru Yapılan Çalışma Alanı |  |
| İlgili Doktora Programı |  |

|  |
| --- |
| ÖĞRENCİ TAAHHÜTNAME  Yukarıda öğrenci bilgilerimin ve başvuru ek belgelerimin doğru olduğunu, Kamu kurum ve kuruluşlarının kadro ve pozisyonları ile Devlet veya Vakıf Yükseköğretim Kurumlarının öğretim elemanı kadrolarında çalışmadığımı, YÖK Doktora Burs başvurum kabul edildiğinde başvuru yaptığım çalışma alanında Yükseköğretim Kurulu tarafından doktora programlarına kayıtlı öğrencilere verilecek Burslara ilişkin Usul ve Esaslar, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği ve ilgili senato esaslarına uygun olarak doktora tez çalışması yapmayı kabul ediyorum.  Adayın (Adı, Soyadı, İmza ve Tarih) |