T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Tıp Fakültesi Dekanlığı

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Anabilim/Bilim Dalı** |  |
| **Tez Başlığı** |  |
| **Sınav Tarihi** | **…. / …. / 20….** |

Yukarıda adı geçen uzmanlık öğrencisinin tezinde görülen eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesinin 6. bendi gereğince 6 aylık ek sürenin verilmesi uygun görülmüştür.

…. / …. / 20….

 (Jüri İmza)

 …. / …. / 20…. …. / …. / 20….

 (Jüri İmza) (Jüri İmza)

|  |  |
| --- | --- |
| **Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı Ve Soyadı** | **Jüri Üyesinin Tez İle İlgili Değerlendirmesi** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Not: Her bir jüri üyesi tez ile ilgili değerlendirmesini üstteki tabloya yazacaktır.**

…. / …. / 20….

 (Jüri İmza)

…. / …. / 20…. .… / .… / 20….

 (Jüri İmza) (Jüri İmza)