T.C.

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

TEZ SONUÇ BİLDİRME FORMU

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

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.

………………………………………………………………

**BAŞKAN-İmza**

Tarih(gün-ay-yıl):

…………………………………………………….. **……….……**….…………………………..…………..

**Üye-İmza Üye-İmza**

Tarih(gün-ay-yıl): Tarih(gün-ay-yıl):