T.C. ANKARA VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 72300690-806.01.03

Konu : Dr.Adı SOYADI'nın Tez Sınavı Hk.

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Aşağıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin, Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmenliğinin 19. Maddesine göre Tez Savunma sınavının yapılabilmesi için önerilen sınav tarihi ve yeri aşağıda belirtilmiştir. Gerekli yazışmaların yapılması hususunda,

Gereğinize arz olunur.

İmza Ünvan Adı SOYADI

....... Kliniği Eğitim Sorumlusu

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı: |  |
| TC Kimlik No: |  |
| Asistan Cep Telefon No: |  |
| Uzmanlık Dalı(Anadal): |  |
| Uzmanlık Eğitim Kurumu: | ANKARA ŞEHİR HASTANESİ |
| Eski Kurumu: |  |
| Tez Danışmanı: |  |

ÖNERİLEN SINAV TARİHİ VE YERİ

|  |  |
| --- | --- |
| Sınav Tarihi: |  |
| Sınav Yeri: |  |
| Sınav Saati: |  |

EK:

1. Önerilen Jüri Listesi
2. Tez Benzerlik Formu
3. TURNITIN Raporu