

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LİSANSÜSTÜ BURS BAŞVURU FORMU**

Başvurulan Program *(yalnızca tezli yüksek lisans ve doktora programları için bursa başvurulabilir):*

1-

2-

Aday Öğrenci Adı Soyadı:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALES Tarihi** | **Sözel Puanı** | **Eşit A. Puanı** | **Sayısal Puanı** |
| **Dil Sınavı Tarihi** | **Sınav Türü** | **Puanı** |  |
| **Lisans Eğitimi Üniversite ve Bölümü** | | **GNO (4’lük)** | **GNO (100’lük)** |
| **Yüksek Lisans Eğitimi Üniversite ve Bölümü** | | **GNO (4’lük)** | **GNO (100’lük)** |

Atılım Üniversitesi lisansüstü burslarınızdan yararlanmak istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

/ /20 \_\_

İmza

Telefon:

E-posta:

DEĞERLENDİRME

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anabilim Dalı Başkanlığının Önerdiği Burs Oranı | %100 | %75 | %50 | %25 | %0 |
| Enstitünün Görüşü | %100 | %75 | %50 | %25 | %0 |

Anabilim Dalı Başkanı Enstitü Müdürü