

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TEZ DANIŞMANI ATAMA FORMU**

Öğrenci No:

Öğrencinin adı soyadı:

Program:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Danışman** | **Ünvan** | **Adı soyadı** | **Kurumu** | **Bölümü** | **İmza** |
| **Tez danışmanı**  |  |  |  |  |  |
| **Ortak tez danışmanı** |  |  |  |  |  |

**Tez Danışmanı Önerileri:**

1-

2-

 / /20 \_\_

 Öğrenci İmzası

 **Telefon :**

**E-posta:** @

ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI ONAYI

Yukarıda bilgileri yazılı olan öğrencinin tez danışmanı ve ortak tez danışmanı uygun görülmüştür.

 / / 20 \_\_\_

 Anabilim Dalı Başkanı