**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**DİŞ HEKİMLĞİ FAKÜLTESİ**

**Uzmanlık Eğitimi Ek Süre Talebi Başvuru Formu**

**Adı Soyadı :**

**Tez Başlığı :**

**Uzmanlık Eğitimi Programı :**

**Tez Danışmanı :**

**Tez Savunması Jürisi :**

**Tez Savunma Tarihi :**

 …/…/201..

**DEKANLIK MAKAMI’NA**

Anabilim Dalımız Uzmanlık Eğitimi Programı öğrencisi Arş. Gör. Dt. ………………………………’ın Başkanlığımıza teslim ettiği uzmanlık tezi, tez değerlendirme jürisi üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Ekte sunulan tez değerlendirme raporları doğrultusunda Tıpta ve Diş hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nin ‘’Uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık tezi ve değerlendirilmesi’’ ile ilgili hükümlerini düzenleyen 19. maddesinin 4. ve 5. fıkraları uyarınca, tezdeki eksikliklerin tamamlanması için öğrenciye ek süre (6 ay) verilmesi ve durumun kendisine tebliği uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 …………………………… **Uzmanlık Eğitimi Programı Yöneticisi**

 …………………………………………………….

**Ek-1.** Tez Değerlendirme Raporu (……… Dr. …………………………….)

**Ek-2.** Tez Değerlendirme Raporu (……… Dr. …………………………….)

**Ek-3.** Tez Değerlendirme Raporu (……… Dr. …………………………….)