**T.C.**

**YALOVA ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**TEZ İZLEME SINAVI TARİHİ ve YERİ TEBLİĞ DİLEKÇESİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Öğrencinin Adı Soyadı |  | Enstitü Ana Bilim Dalı |  |
| Öğrenci Numarası |  | Programı |  |
| Kaçıncı Tez İzleme Sınavı (?) =  |  |

Tarih (Gün/Ay/Yıl)

Danışmanlığı tarafımdan yürütülen ve bilgileri yukarıda paylaşılan öğrencimin tez izleme sınavının aşağıda belirtilen gün, saat ve yerde yapılabilmesi hususunda gereğini arz ederim.

 Danışman Unvanı, Adı SOYADI, İmzası

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sınav Tarihi** | **Sınav Saati** | **Sınav Yeri** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Tez İzleme Komitesi Üyeleri** |
| Üye(EABD içinden) |  |
| Üye(EABD dışından) |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| EYK Karar Tarihi: …./…./20… EYK Karar Sayısı: …….../……-……. ENSTİTÜ ONAYI |