**Tarih:** .. /.. / 20..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  | **Öğrenci No** |  |
| **Enstitü Anabilim/Anasanat Dalı** |  | **Programı** |  |
| **E-Posta** |  | **Telefon** |  |
| **Danışman** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sınav Bilgileri** |  | Yüz yüze | |  | Online |  | | Hibrit |
| **Tarihi** | | **Saati** | | | | **Yeri** | |
|  | |  | | | |  | |

Yukarıda bilgileri bulunan ve danışmanlığını yaptığım doktora öğrencisinin, tez öneri sınavının belirtilen gün, saat ve yerde, aşağıda belirtilen tez izleme komitesi üyelerince yapılabilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Danışman |
|  |  | İmza |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEZ İZLEME KOMİTE ÜYELERİ** | | |
| **Unvanı ve Adı Soyadı** | **Kurumu**  **(Üniversite, Anabilim/Anasanat Dalı)** | **E-Posta** |
| Danışman |  |  |
| EABD/EASD İçinden |  |  |
| EABD/EASD Dışından |  |  |

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