**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**Tez Danışmanlığı Değişiklik Bildirim Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğretim Üyesi | |
| Adı ve Soyadı |  |
| Anabilim Dalı |  |
| Uzmanlık Öğrencisi | |
| Adı/Soyadı |  |
| Tez başlığı |  |
| Tez başlama tarihi |  |

Seçiniz

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yukarıda adı geçen tez çalışması ile ilgili hak ve sorumluluklarımdan vazgeçiyorum. | |
|  | | …/…/…  Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yukarıda adı geçen tez çalışmasının yeni tez danışman ile yürütülmesini talep ediyorum. | |
| Gerekçesi: |  | |
|  | …/…/…  Yeni Tez Danışmanın  Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası | …/…/…  Eski Tez Danışman  Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası |
| …/…/…  Ana Bilim Dalı Başkanı  Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası | | |