**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 DanışmanınÜnvanı Adı Soyadı ve İmzası | …/…/…Eski Tez DanışmanÜnvanı Adı Soyadı ve İmzası |
| …/…/…Ana Bilim Dalı BaşkanıÜnvanı Adı Soyadı ve İmzası |