|  |
| --- |
|  **T.C.****SELÇUK UNIVERSITY****INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES**  |
|  **TO THE DEPARTMENT OF …………………..………………. Click here for the date**For the reasons stated below, I would like to leave the supervision of the named student.I kindly request you to take necessary action.  **Signature/Stamp** **Advisor**I would like to request a change of advisor for the following reasons.I kindly request you to take necessary action. **Student’s Signature** **Name Surname**  |
| **STUDENT INFORMATION** |
| **Name Surname** | Click or tap here to enter text. |
| **Student No** | Click or tap here to enter text. |
| **Telephone** | Click or tap here to enter text. |
| **Program** | [ ]  **Doctorate** [ ]  **Master’s Degree** [ ]  **Non-Thesis Master’s Degree** |
| **Thesis Proposal** | **Not provided** [ ]  | **Provided** [ ]  | **Institute Registration Date: Click here for the date** |
| **Justification for the amendment****(Do not leave blank)** | Click or tap here to enter text. |
| **To be filled in for students in the thesis stage.** I would like to leave the supervision of the student whose information is given above and for the reason stated above. In accordance with the Law on Intellectual and Industrial Rights,[ ]  **I hereby waive** [ ]  **I do not waive** [ ]  **There is no registered thesis subject.**from all my intellectual rights on the Thesis Subject registered during my supervision; **Click here for the date** **Signature/Stamp** **Advisor** **Important Note** If the advisor does not approve, this form must be submitted to the Institute by the student together with the justified report. |
| **LECTURER ACCEPTING THE ADVISORY** |
| **Title – Name Surname** | **Department** | **Signature - Stamp**  |
|  |  | **APPROPRIATE** |
| **EXPLANATION** |
| 1. This form is submitted to the Head of related Department. Upon Department Board Decision, it is sent to the Directorate of Institute with a cover letter.
2. The form must be filled in on the computer and signed with a blue ink pen.
 |
| **Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü** **Konya / TÜRKİYE** | **E – Mail : sagbil@selcuk.edu.tr** | **Telephone : +90 332 2232453** **Fax : +90 332 2410551** |

|  |
| --- |
|  **T.C.****SELÇUK UNIVERSITY****DIRECTORATE OF HEALTH SCIENCES INSTITUTE****TEZ İZLEME KOMİTESİ DEĞİŞİKLİĞİ FORMU** |

|  |
| --- |
| 1. **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ *(Sadece Doktora öğrencileri dolduracaktır.)***
 |
| **Adı ve Soyadı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Numarası**  | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Anabilim Dalı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Telefon**  | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Danışmanı** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| **Yeterlikte başarılı olunan tarih** | Tarih girmek için tıklayın veya dokunun. |

|  |
| --- |
| 1. **MEVCUT TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ**
 |
| **TİK Üyeleri** | **Unvanı, Adı - Soyadı** | **Anabilim Dalı** | **İmza** |
| **ASİL** | **Danışman** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **Anabilim Dalı** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **Yandal** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **YEDEK****YEDEK** | **Anabilim Dalı** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **Yandal** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |

|  |
| --- |
| 1. **YENİ ÖNERİLEN TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ**
 |
| **TİK Üyeleri** | **Unvanı, Adı - Soyadı** | **Anabilim Dalı** | **İmza** |
| **ASİL** | **Danışman** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **Anabilim Dalı** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **Yandal** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **YEDEK****YEDEK** | **Anabilim Dalı** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |
| **Yandal** **Öğr. Üyesi** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |  |

|  |
| --- |
| 1. **DEĞİŞİKLİK GEREKÇESİ**
 |
| Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |

|  |
| --- |
| ***S.Ü. Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği / Tez izleme komitesi*****MADDE 44.** **(1)** Yeterlik sınavında başarılı bulunan öğrenci için, danışmanın görüşü alınarak ilgili EAB/anasanat dalı kurulunun önerisi ve enstitü yönetim kurulu kararı ile bir ay içinde tez izleme komitesi oluşturulur. **(2)** Tez izleme komitesi üç öğretim üyesinden oluşur. Komitede danışmandan başka EAB/anasanat dalı içinden ve dışından birer üye yer alır. İkinci tez danışmanının olması durumunda ikinci tez danışmanı dilerse komite toplantılarına oy hakkı olmaksızın katılabilir.**(3)** Tez izleme komitesinin kurulmasından sonraki yarıyıllarda, EAB/anasanat dalı kurulunun gerekçeli önerisi ve enstitü yönetim kurulunun kararı ile üyelerde değişiklik yapılabilir. |
| **AÇIKLAMA** |
| 1. Bu form Anabilim Dalına teslim edilir. Anabilim Dalı Kurul Kararı alınarak üst yazı ile Enstitüye gönderilir.
 |
| T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Alaeddin Keykubad Yerleşkesi Yeni İstanbul Caddesi No:335 Selçuklu – KONYA E-posta: sagbil@selcuk.edu.tr Tel : +90 332 223 2458-57 & Fax : +90 332 241 05 51 |