**ADANA ŞEHİR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**TEZ SAVUNMA SINAVI JÜRİ TALEBİ İÇİN GEREKLİ EVRAKLAR:**

1. Tez Sınavı Jüri Talep Formu (Program Yöneticisi)
2. Tez Sınavı Jüri Talep Formu ( Kurum Eğitim Sorumlusu)
3. Turnittin Raporu (Tez benzerlik).

**1.belgeyi** bilgisayar ortamında doldurmalı, formun dizaynında değişiklik yapılmamalı, eğitim sorumlusuna (program yöneticisi) imzalatılmalıdır. Sınav yeri/blok/kat/sınav yapılacak salon ile jürilerin bilgilerinin bulunduğu kısım eksiksiz doldurulmalıdır. “(\*) *İnsan Kaynakları Birimine onaylatınız.”* yazan kısım İnsan Kaynakları Birimine onaylatılır.

**2.belgeyi** bilgisayar ortamında 1.belgedeki bilgilerle aynı olacak şekilde doldurulmalı, form dizaynında değişiklik yapılmamalıdır. “(\*) *İnsan Kaynakları Birimine onaylatınız.”* yazan kısım İnsan Kaynakları Birimine onaylatılır. Kurum Eğitim Sorumlusu Prof.Dr. Bozkurt GÜLEK’e EPK Birimi olarak biz imzalatıyoruz.

**3.belgeyi** SBÜ Adana Tıp Fakültesi Dekanlığı sitesinde yer alan *‘Tez Benzerlik Formu’* indirilip bilgisayar ortamında doldurulacak ve Program Yöneticinizden alacağınız *Turnitin Raporu* eklenecektir. Her sayfa alt köşesini asistanın kendisi ve tez danışmanı hocanız imza/kaşe yapmalıdır. Bu belgenin tez benzerlik oranın % olarak bulunduğu ilk sayfasında 3 imza olması gerekiyor: 1- Asistanın hekimin kendisinin imzası 2-Tez Danışmanının imzası 3- Adana Tıp Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Ekrem SAPMAZ Hocanın imzası, kaşesi ve dekanlık mührü.

**1.belgeyi evrak kayıttan geçirilip**, 2.belge ve Turnittin Raporu ile birlikte C Blok 8.katta bulunan EPK Birimine **sınav tarihinden en az 10 iş günü önce** elden teslim edilmelidir.

Evrakların zamanında teslim edilmemesi ya da evrak içeriklerinin uygun olmaması sebebiyle oluşabilecek gecikmelerin sürecin baştan başlatılmasına sebep olacağını ve sorumluluğun tarafınızda olduğunu unutmayınız.

Sürecin takibi ve SBÜ Adana Tıp Fakültesi Dekanlığından gelen cevabın dağıtımı EPK Birimince DYS aracılığıyla program yöneticisi hocanız ve sınav jürisine yapılmaktadır.

İletişim:

M. Fatih Atardağ – EPK Birimi (C Blok 8. Kat Yemekhane Koridoru)

Dahili: 7497 – 3804

Cep: 0505 669 4220.

Mail: fatihatardag@gmail.com

DYS: m.atardag@saglik.gov.tr

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ADANA ŞEHİR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**KURUM EĞİTİM SORUMLUSUNA**

**Asistan Hekimin; (\*)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası:** |  |
| **Uzmanlık Dalı (Anadal/Yandal):** |  |
| **Yerleşilen TUS ve Uzmanlık Eğitim Süresi:** |  |
| **Programa Başlayış Tarihi:** |  |
| **Uzmanlık Eğitim Kurumu:**  | Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi |
| **Tez Danışmanı:** |  |
| **Program Yöneticisi:** |  |

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmenliğinin 19. maddesine göre Tez Savunma Sınavının yapılabilmesi için önerilen sınav tarihi, yeri ve jürileri aşağıda belirtilmiştir.

Bilgilerinize arz olunur.

**ÖNERİLEN SINAV TARİHİ, SAATİ ve YERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Tarihi:** |  |
| **Sınav Saati:** |  |
| **Sınav Yeri / Blok / Kat / Oda** |  |

**ÖNERİLEN JÜRİ ÜYELERİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jüri (Asıl) İsim, Soyisim** | **Ünvanı / Kurumu** | **İletişim Bilgileri (Telefon/mail)** |
| **1**- |  |  |
| **2**- |  |  |
| **3**- |  |  |
| **Jüri (Yedek) İsim, Soyisim** | **Ünvanı / Kurumu** | **İletişim Bilgileri (Telefon/mail)** |
| **1**- |  |  |
| **2**- |  |  |

(\*)Tabloda ismi yazılı asistana ait bilgilerin İnsan Kaynakları Kayıtlarına göre doğruluğu tasdik olunur. *(İnsan Kaynakları Birimine onaylatınız.)*

 *(İK Kaşe / İmza / Tarih)* **Klinik Program Yöneticisi**

 (Kaşe veya isim soyisim / İmza)

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ADANA ŞEHİR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

**Asistan Hekimin; (\*)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası:** |  |
| **Uzmanlık Dalı (Anadal/Yandal):** |  |
| **Yerleşilen TUS ve Uzmanlık Eğitim Süresi:** |  |
| **Programa Başlayış Tarihi:** |  |
| **Uzmanlık Eğitim Kurumu:**  | Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi |
| **Tez Danışmanı:** |  |
| **Program Yöneticisi:** |  |

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmenliğinin 19. Maddesine göre Tez Savunma Sınavının yapılabilmesi için program yöneticisi tarafından önerilen sınav tarihi, saati, yeri ve jürileri tarafımca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**ÖNERİLEN SINAV TARİHİ, SAATİ ve YERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Tarihi:** |  |
| **Sınav Saati:** |  |
| **Sınav Yeri / Blok / Kat / Oda** |  |

**ÖNERİLEN JÜRİ ÜYELERİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jüri (Asıl) İsim, Soyisim** | **Ünvanı / Kurumu** | **İletişim Bilgileri (Telefon/mail)** |
| **1**- |  |  |
| **2**- |  |  |
| **3**- |  |  |
| **Jüri (Yedek) İsim, Soyisim** | **Ünvanı / Kurumu** | **İletişim Bilgileri (Telefon/mail)** |
| **1**- |  |  |
| **2**- |  |  |

**(\*)**Tabloda ismi yazılı asistana ait bilgilerin İnsan Kaynakları Kayıtlarına göre doğruluğu tasdik olunur. *(İnsan Kaynakları Birimine onaylatınız.)*

 *(Kaşe / İmza / Tarih)*

 **Kurum Eğitim Sorumlusu**

 **Prof. Dr. Bozkurt GÜLEK**