

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
TEZ DANIŞMANLIĞI DEĞİŞİKLİK BİLDİRİM FORMU

Öğretim Üyesi	
Adı/Soyadı	
Anabilim Dalı	
Bilim Dalı	
Uzmanlık Öğrencisi	
Adı/Soyadı	
Tez başlığı	
Tez başlama tarihi	

Seçiniz

Sorumluluğumda tez çalışması yoktur.	
.../.../...	
Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası	

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

Yukarıda adı geçen tez çalışmasının eş danışman ile yürütülmesini talep ediyorum.	
Gerekçesi:	
.../.../...	
Eş Danışmanın Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası	Danışman Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası
.../.../...	
Anabilim Dalı Başkanı Ünvanı Adı Soyadı ve İmzası	