|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://www.nny.edu.tr/files/images/Icerik/nny-logo-1900-1900.png | **T.C.****NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ****TEZ EK SÜRE FORMU**  |  |
| **…./…./20….****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,**……………………………………Anabilim Dalının ……………………programının …………………..No’lu öğrencisiyim. Tez çalışmamı 20…-22…. Güz/Bahar yarıyıl sonuna kadar tamamlayamadığım için Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim- Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca ……………….yarıyıl ek süre verilmesini istiyorum. Gereğini saygılarımla arz ederim.  Öğrencinin Adı Soyadı  İmza**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı:**  | …… | **Anabilim Dalı:** | …… |
| **Soyadı:**  | ……. | **Programı:**  | …… |
| **Numarası:** | ……. | **Danışmanı:** | ……. |
| **Statüsü:** | □ Yüksek lisans □ Doktora |
| **Tez Başlığı:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **e-posta:** |  |

**DANIŞMAN GÖRÜŞÜ****…../…./20….**

|  |
| --- |
| Danışmanlığını yürüttüğüm…………………………………………’ın tez çalışması tamamlayamadığından ilgili yönetmelik hükümleri uyarınca ……….. yarıyıl ek süre verilmesinin Sağlık Bilimleri Enstitüsüne önerilmesi tarafımca uygundur.  Danışman öğretim Üyesi Adı Soyadı İmza |

**ABABİLİM DALI BAŞKANLIĞININ ONAYI****…../…./20….**

|  |
| --- |
| Yukarıda öğrenci numarası ve adı belirtilen öğrenciye, tez danışmanın önerisi gereğince ………yarıyıl ek süre verilmesi, ☐ Uygundur ☐ Uygun değildir.  Anabilim Dalı Başkanı Adı-Soyadı  İmza |

 |