|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrenci No:**  |  |
| **Adı, Soyadı**: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Anabilim/Bilim Dalı**: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Programı**:  | **[ ]  Doktora [ ]  Sanatta Yeterlik** |
| **Tez Konu/İzleme Aşaması** | **[ ]  Konu Öneri [ ]  1.Tez izleme [ ]  2. Tez izleme [ ]  3. Tez izleme****[ ]  4. Tez izleme**  |
| **Cep Telefon Numarası:** |  |
| **Danışmanı (Unvanı, Adı ve Soyadı):** |  |
| **Tez Konusu:** |  |
| **TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ** |
| **Unvanı, Adı, Soyadı** | **Kurumu (Üniversite, Fakülte, Anabilim Dalı)** |
| **1. Danışman:**  |  |  |
| **2. Üye** |  |  |
| **3. Üye** |  |  |
| **Tez İzleme Toplantı Tarihi:** | ......../......../ ……. **Saati: ..**………...\*Önerilen tarih, Enstitüye teslim tarihinden itibaren en erken **15 gün sonra** veya **30 gün sonra** olacaktır. |
| **Tez İzleme Toplantı Yeri:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| Tez izleme çalışma raporumu sunmak üzere tez izleme komitesi üyelerinin yukarıda belirtilen tarih ve yerde toplanması hususunda bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim. \_\_ /\_\_ /\_\_…\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Öğrenci İmza |