|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | logoo  **T.C.**  **ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  **Tıp Fakültesi Dekanlığı** |  |

**TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİSİ EK SÜRE TALEP FORMU**

**Tıpta Uzmanlık Öğrencisinin;**

**Adı-Soyadı:**

**Anabilim Dalı/Bilim Dalı:**

**Ek Süre Talebinin Gerekçesi: (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 12.04.2023 gün ve E-15260714-799-213442017 sayılı yazısı gereği ek süre talebi ile ilgili ayrıntılı gerekçe)**

Talep Edilen Ek Süre:……….. ay. **(03/09/2022 tarihli Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 11.Maddesinin 4.Fıkrası uyarınca)**

Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Sorumlusu Tez Danışmanı

İmza İmza İmza