**1- Öğrenci Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | Öğrenci Ad SOYAD Yazınız | | |
| **Numarası** | Öğrenci Numaranızı Yazınız | | |
| **Cep Tel** | Cep Telefonunuzu Yazınız | E - Posta | E-Postanızı Yazınız |
| **Ana Bilim/Ana Sanat Dalı** | Ana Bilim/ Ana Sanat Dalınızı Yazınız | | |
| **Program Adı** | Programınızın Adını Yazınız | | |
| **Program Türü** | Bir öğe seçiniz. | | |
| **Danışmanı** | Ünvan, Ad SOYAD Yazınız | | |
| Tez çalışmamda görev alacak aşağıda bilgileri verilen öğretim elemanının ikinci tez danışmanı olarak atanmasını arz ederim.  Öğrenci İmza | | | |

**2- Önerilen İkinci Danışman Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ünvanı Adı Soyadı | Ünvan, Ad SOYAD Yazınız | | |
| **Üniversite** | Üniversite Adını Yazınız | | |
| **Fakülte/Yüksekokul** | Fakülte/Yüksekokul Adını Yazınız | | |
| **Bölüm/Ana Bilim/Ana Sanat Dalı** | Ana Bilim/ Ana Sanat Dalınızı Yazınız | | |
| **Çalışma/Uzmanlık Alanı** | Çalışma/Uzmanlık Alanınızı Yazınız | | |
| **Cep Tel** | Cep Telefonunuzu Yazınız | E - Posta | E-Postanızı Yazınız |

**3- Gerekçe**

|  |
| --- |
| Bu alanda, önerilen 2. Danışmanın uzmanlık alanının tez konusuyla olan ilgisi ve tezin hangi aşamalarında destek sağlayacağı açıkça belirtilmelidir.**(Siliniz)** |

UYGUNDUR

İmza

İmza

Ünvan, Ad SOYAD Yazınız

Ünvan, Ad SOYAD Yazınız

Danışman

ABD/ASD Başkanı

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Enstitü Yönetim Kurulu Karar Tarihi**  *(\*Bu kısım Enstitü tarafından doldurulacaktır.)* |  | **Karar No** |  |