|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\AKY\Desktop\sbe AMBLEM.jpg | T.C.ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜSağlık Bilimleri Enstitüsü MüdürlüğüTEZ İZLEME KOMİTESİ ARA RAPOR FORMU(FORM: 17) |  |

|  |
| --- |
|  **Öğrencinin Adı Soyadı: ……………………………………………** **Fakülte / Y.Okul:** …………………………………………………… **Anabilim Dalı:** ……………………………………………………**Danışman Öğretim Üyesi:** …………………………………………………… **Yarı Yılı:** 20..... – 20..... [ ]  Güz Yarı Yılı [ ]  Bahar Yarı Yılı  |
| **Komite Toplantı Tarihi: …. / …. / 20…..****Tez İzleme Komitesinin Toplantı Dönemi:** [ ] Ocak - Haziran 20..... *(yıl)* [ ]  Temmuz - Aralık 20...... *(yıl)***Tez İzleme Komitesinin Kaçıncı Toplantısı:** **1** [ ]  **2** [ ]  **3** [ ]  **4** [ ]  **5** [ ]  **6** [ ]  **7** [ ]  **8** [ ]  |
| **Doktora Tez Başlığı:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| **TEZ ÇALIŞMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ:**  |
| Toplantı tarihine kadar yapılan çalışmalar kısaca belirtilecektir | OLUMLU[ ]  | OLUMSUZ\*[ ]  |
| Bir sonraki dönemde yapılacak çalışma planı kısaca belirtilecektir | OLUMLU[ ]  | OLUMSUZ\*[ ]  |
| **Komitenin Tez Çalışması ile İlgili Değerlendirmesi:** [ ]  BAŞARILI [ ]  BAŞARISIZ\*  |
| **Tez İzleme Komitesi Üyeleri:**Unvanı, Adı-Soyadı: **…………………………………………** İmza: ………………………. Unvanı, Adı-Soyadı: **…………………………………………** İmza: ………………………. Unvanı, Adı-Soyadı: **…………………………………………** İmza: ……………………….  |

\* **Not:** Tez çalışması **olumsuz** veya **başarısız** olarak değerlendirildiği durumda gerekçesi bu rapor formuna eklenerek Enstitü Müdürlüğüne gönderilmelidir.