**TÜRK HİSTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ DERNEĞİ**

**YETERLİK SINAVI (1. BASAMAK-TEORİK) BAŞVURU FORMU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADI:** | | **SOYADI:** | | fotoğraf |
| **ÜNİVERSİTE:** | | | |
| **FAKÜLTE/ENSTİTÜ:** | | | |
| **BÖLÜM/ANABİLİM DALI:** | | | |
| **İŞ ADRESİ:** | | | |
| **İLÇE:** | **İL:** | | **POSTA KODU:** | |
| **TEL:** | **FAKS:** | | **GSM:** | |
| **E-mail:** | | | | |
| **EV ADRESİ (İsteğe Bağlı):** | | | | |
| **İLÇE:** | **İL:** | | **POSTA KODU**: | |
| **TEL:** | | | | |

***AKADEMİK BİLGİLERİ:***

|  |
| --- |
| **LİSANS MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE/FAKÜLTE/BÖLÜMÜ/YILI:** |
|  |
|  |
| **YÜKSEK LİSANS MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE/FAKÜLTE/BÖLÜMÜ/YILI:** |
|  |
|  |
| **TIPTA UZMANLIK/DOKTORA MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE/FAKÜLTE/BÖLÜMÜ/YILI:** |
|  |
|  |
| **TIPTA UZMANLIK/DOKTORA DİPLOMA NO:** |
| **TIPTA UZMANLIK/DOKTORA GİRİŞ YILI:** |
| **AKADEMİK GÖREVİ:** |
| **ÇALIŞTIĞI KURUM:** |
| **THED ÜYE NO\*:** |
| ***\* Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneğine üye olmak ön koşuldur.*** |

**DİLEKÇE**

**Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneği**

**Ölçme- değerlendirme Komisyonuna**

Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı tıpta uzmanlık/doktora mezunuyum/son yılı öğrencisiyim. Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneği’nin düzenlediği yeterlik sınavının 1. basamağına girmek istiyorum. Gerekli işlemin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

……/……/……..

ADAYIN ADI- SOYADI:

İMZA

**ÖLÇME-DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI**

…………………………………………………………………………isimli adayın, yönetim kurulunun……….………………gün ve…………………………….sayılı kararı ile düzenlenecek olan yeterlik sınavına girmesi uygundur/uygun değildir.

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV TARİHİ:** |  |
| **SINAV YERİ:** |  |
| **SINAV BASAMAĞI:** |  |

**BU FORMA EKLENECEKLER:**

1. Sınav Giriş Dilekçesi
2. Birinci basamak yeterlilik sınavı için anabilim dalında son yıl uzmanlık ya da doktora öğrencisi olduğuna ya da uzmanlık/doktora diplomasını aldığına ilişkin resmi yazı.
3. 1 adet fotoğraf
4. Sınav ücretinin yatırıldığına dair banka dekontu (Birinci basamak yeterlilik sınavı ücreti: 250 TL)

T.C. İş Bankası Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Şubesi

***Hesap sahibi***: Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneği

***Şube kodu :***4364

***Hesap No:*** 0053908

**IBAN** TR95 0006 4000 0014 3640 053908

**BAŞVURU FORMU VE EKLERİNİN GÖNDERİLECEĞİ ADRES :**

Dernek web sitesinde Tıpta Uzmanlık Yeterlik Yürütme Kurulu Ölçme-Değerlendirme Komisyonunun 1. Basamak sınav duyurusunda belirtilen Ölçme-Değerlendirme Komisyonu sekreterinin adresine (ıslak imzalı) ve mail adresine (taranmış hali) gönderilecektir.