T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| TC Kimlik No: |  |
| Uzmanlık Dalı(Anadal-Yandal) |  |
| Uzmanlık Eğitim Kurumu:  |  |
| Eğitim Sorumlusu |  |
| Tez Danışmanı |  |
| Tez Konusu |  |

 Tıpta Uzmanlık öğrencisi …………………. uzmanlık eğitim süresini ve rotasyonlarını usulüne uygun olarak tamamlamış, eğitim karnesinde belirlenmiş yetkinlikleri kazanmış ve görevlerini yerine getirmiştir.

 Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmenliğinin 20. Maddesi uyarınca “Uzmanlık Eğitimi Bitirme Sınavının” yapılabilmesi için önerilen sınav tarihi, yeri ve saati aşağıda belirtilmiştir.Uzmanlık sınavının yapılabilmesi ve jüri üyelerinin belirlenmesi hususunda;

 Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Program Yöneticisi Hastane Başhekimi**

**ÖNERİLEN SINAV TARİHİ, YERİ VE SAATİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Sınav Tarihi: | 04.01.2018 |
| Sınav Yeri: | S.B.Ü Ahi Evren G.K.D.C.S.U.A.M. |
| Sınav Saati: | 10:00 |

**EKLER: Eklenen belgelerde aslının aynıdır onayı olmalıdır.**

**1-Eğitim karnesi onaylı örneği**

**2-Formatif ve summatif sınav soru ve cevap formları**