



FEYZİYE MEKTEPLERİ VAKFI
İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

TEZ DANIŞMAN GÖRÜŞÜ FORMU

Program Adı

Öğrenci Numarası

Öğrencinin Adı ve Soyadı

Tez Konusu

Danışmana Teslim Tarihi

___ / ___ / ____

Öğrenci İmzası

Yukarıda adı ve soyadı yazılı öğrencinin doktora tezinin savunmasından önce düzeltmeler yapılmış, istenen tez yazım formatında hazırlanan tezin savunulabilir olduğu görüşümdedir. İntihal yazılım programı raporu tarafımdan onaylanmıştır.*

Tez Danışmanı
Adı ve Soyadı:

Tarih: ___ / ___ / ____

İmza:

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İletişim Bilgileri
444 07 99 / 6128-6129-6105
lee@isikun.edu.tr

**Tezin savunulamaz olduğuna ve/veya intihal raporundaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez enstitü yönetim kuruluna ayrıntılı yazılı rapor düzenlenerek gönderilir.*