|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI  | Numarası | Öğrenci Numarası  |
| Anabilim Dalı | Anabilim Dalı  |
| Programı | Program Türü  |
| Danışmanı | Unvan Danışman Adı SOYADI  |

|  |
| --- |
| Anabilim / Bilim Dalı  **Başkanlığına** |
|  Danışmanı olduğum öğrenci için aşağıda belirtilen gerekçe doğrultusunda tez erişiminin ertelenmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.  |
|  | Tarih Seçiniz Unvan Danışman Adı SOYADI İmza |

|  |  |
| --- | --- |
| Gerekçe | Gerekçe  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Erişim Erteleme Talebi** |
| Tezin Adı |   |
| Erteleme Süresi | 6 Ay / Patent Başvurusu 2 Yıl  |

Tarih Seçiniz

UYGUNDUR

Unvan Anabilim/Bilim Dalı Başkanı Adı SOYADI

İmza

**Not:** Bu form EBYS üzerinden Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından gönderilmelidir.