****

**15. İNFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ YETERLİK SINAVI BAŞVURU FORMU**

|  |
| --- |
| **Adı-Soyadı:**  **TC Kimlik Numarası:** |
| **Doğum Tarihi ve Yeri:** |
| **Mezun Olduğu Üniversite/Fakülte:**  **Mezuniyet Yılı:** |
| **Uzmanlık Eğitimi Aldığı Kurum:**  **Uzman Olduğu Yıl:** |
| **Halen Görev Yaptığı Kurum:** |
| **Görevi/Unvanı**  **Öğretim Görevlisi Yardımcı Doçent Doçent Profesör**  **Uzman Başasistan Eğitim Görevlisi**  **Son yıl asistan/araştırma görevlisi** |
| **Yazışma Adresi:** |
| **E-posta:** |
| **Tel: GSM: Faks:** |
| **Teorik sınava girmek istiyorum. Uygulama sınavına girmek istiyorum.** |

**İMZA**

**EKLER:**

**1- Uzmanlar için İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlık belgesi; asistan/araştırma görevlileri için son yıl asistan/araştırma görevlisi olduklarını gösteren belge**

**2- Sınav harcı ödendiğine dair banka dekontu**