



**14. 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