**T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine,**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **TC Kimlik No:** |  |
| **Uzmanlık Dalı**  |  |
| **Tez Danışmanı** |  |
| **Tez Adı** |  |
| **Alıntılar Dahil Taranan Tezin Benzerlik Yüzdesi (%)** |  |

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, özet, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam……….sayfalık kısmına ilişkin, …../…../20… tarihinde şahsım ve tez danışmanım tarafından TURNITIN adlı intihal tespit programında taraması yapılmıştır.

Tez Danışmanımın gözetiminde tamamladığım uzmanlık tezimin azami benzerlik oranlarına göre intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Ekler: İntihal çıktısı

Asistan Dr. Tez Danışmanı

Kurum Eğitim Sorumlusu