Yeterlik Sınav Komisyonu Başkanlığına;

2019 yılında yapılacak olan 10. Dermatoloji Yeterlik Sınavına katılmak istiyorum. Verdiğim bilgilerin ve belgelerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

İmza:

İsim:

Tarih:

e-mail:

Telefon:

Tıp Fakültesi ve mezuniyet tarihi:

**Uzmanlar için :**

Uzmanlık eğitimini aldığınız kurum:

Uzmanlık sınav ta**r**ihi:

Şu anda görev yaptığınız yer:

Kuramsal sınava girmek istediğiniz yer (İstanbul, Ankara, Antalya): ……………………………………

Daha önce Kuramsal Sınava girdiyseniz:

Yılı:…………………Puanınız:…………………….

**Son yıl Asistanları için:**

Halen eğitim almakta olduğunuz kurum:

Asistanlığa Başlama tarihi:

Eğitim Sorumlusu:

Kuramsal sınava girmek istediğiniz yer (İstanbul, Ankara, Antalya): ……………………………………