****

**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ULUSLARARASI ÖĞRENCİLER İÇİN LİSANSÜSTÜ PROGRAMLARA BAŞVURU FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| KİMLİK BİLGİLERİ | ***Fotoğraf*** |
| PASAPORT NO |  |
| ADI |  |
| SOYADI |  |
| UYRUĞU |  |
| DOĞUM TARİHİ |  |
| DOĞUM YERİ |  |
| BABA ADI |  |
| CİNSİYETİ |  |
| MEDENİ DURUMU |  |  |
| CEP TELEFONU |  |  |
| E-POSTA |  |  |

|  |
| --- |
| BAŞVURU BİLGİLERİ |
| BAŞVURU PROGRAM TÜRÜ |  [ ] YÜKSEK LİSANS [ ]  DOKTORA |
| BAŞVURU TÜRÜ | [ ] ULUSLARARASI ÖĞRENCİ ALIM İLANI[ ] ULUSLARARASI YATAY GEÇİŞ ÖĞRENCİ ALIM İLANI |
| ANA BİLİM DALI |  |
| BİLİM DALI |  |
| EĞİTİM BİLGİLERİ |
| ÜNİVERSİTE/ENSTİTÜ | FAKÜLTE/ENSTİTÜ/BÖLÜM/PROGRAM | MEZUNİYET TARİHİ | DERECE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| SINAV SONUÇLARI |
| SINAV ADI | SONUÇ | TARİH |
| TÖMER |  |  |
| NÖHÜTÖMER |  |  |
| YUNUS EMRE ENS. |  |  |
|  |  |  |

Yukarıda verdiğim bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu beyan ederim. Verdiğim bilgi ve belgeler eksik olduğu takdirde başvurumun işleme konulmayacağını kabul ediyorum.

***Adı ve Soyadı: İmza***

***Tarih:***

***İstenilen bilgiler ve belgeler eksik olduğu takdirde başvurunuz kabul edilmeyecektir.***

**İletişim Adresi:** Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Kat:2 Merkez Kampüs 51240 Niğde-Türkiye

**Telefon:** +90 388 225 25 77 **Faks:** +90 388 225 27 30

**E-posta:** saglik@ohu.edu.tr **Web**: http://www.ohu.edu.tr/saglikbilimlerienstitusu