



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KARŞILIKLI YER DEĞİŞİKLİĞİ (BECAYIŞ) FORMU

Başvuru Numarası	
Başvuru Tarihi	/...../.....

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ		
	1. Öğrenci	2. Öğrenci
Öğrenci No		
Adı Soyadı		
Sınıfı		
Grup		
E-posta Adresi		
202...-202... Eğitim Öğretim Yılı İntörlük Uygulamaları Eğitimini alacağımız gurubun yukarıda belirttiğimiz şekilde karşılıklı olarak değiştirilmesi hususunda gereğini arz ederiz.		
	1. Öğrenci Adı Soyadı / Tarih / İmza	2. Öğrenci Adı Soyadı /Tarih / İmza
Karşılıklı yer değişikliği (becayış) başvuruları bir defaya mahsustur ve intörn grupları ilan edildikten sonraki 5 iş günü içerisinde yapılabilir. *Belirtilen süreç dışındaki başvurular kabul edilmeyecektir.		

DEĞERLENDİRME

SONUÇ	
GERİ BİLDİRİM	

***Bu bölümler Üsküdar Tıp Fakültesi Dekanlığı tarafından doldurulacaktır.**

ONAYLAYAN DEKAN
Adı/Soyadı
Tarih/İmza