…./…./……

 **T.C. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

 **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Enstitünüzün ……………….………………….……. ABD Tezli/Tezsiz Yüksek Lisans / Doktora Programı öğrencinizim. “……………………………………………………………….……………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………’’ başlıklı tezimin altı ay\*/ iki yıl\*\* süre ile kısıtlanması hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

 Öğrenci Tez Danışmanı

 Adı-Soyadı Adı-Soyadı

 İmza İmza

Anabilim Dalı Başkanı

Adı-Soyadı

İmza

**Not:** Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi Ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge’nin yürürlüğe girmesiyle birlikte lisansüstü tezlerin elektronik ortamda toplanması, iş ve işlemlerinde bazı değişikliklere gidilmiştir. Yeni uygulama aşağıdaki şekilde olacaktır;

\*\*Yönergenin 6.1 Maddesine göre Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda (iki yıl) ve \* 6.2 Maddesine göre yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezlerin erişime açılmasının ertelenebilmesi (altı ay) için Enstitü Yönetim Kurulu Kararı alınması gerekmektedir.

**Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi**

**Enstitüye dilekçe iletmeyen ve kısıtlama talebinde bulunmayan öğrencilerin tezleri** **Ulusal Tez Merkezi’nde erişime açık olacaktır.**