**T.C. YÜKSEK İHTİSAS ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**İFADE TUTANAĞI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  | Tarih | | | : |  |  |  | | |  |  |  |
|  | İfadenin Alındığı Yer | | | : |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  | İfadesi Alınan Kişinin | | | | |  | İfadeyi Alan Kişinin | | | | |  |
|  | Adı-Soyadı | : |  | | |  | Adı-Soyadı | : |  | | |  |
|  | TCKN | : |  | | |  | Unvanı | : |  | | |  |
|  | Unvanı | : |  | | |  | İmzası | : |  | | |  |
|  | Beyanı | : | İfademi hiçbir baskı altında olmadan hür irademle verdim | | |  |  |  |  | | |  |
|  | İmzası: | : |  | | |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |
|  | İfade Esnasında Hazır Bulunan Kişinin | | | | |  | İfade Esnasında Hazır Bulunan Kişinin | | | | |  |
|  | Adı-Soyadı | : |  | | |  | Adı-Soyadı | : |  | | |  |
|  | Unvanı | : |  | | |  | Unvanı | : |  | | |  |
|  | İmzası | : |  | | |  | İmzası | : |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |
|  | Öğrencinin İfadesi (Soru-Cevap Şeklinde Doldurunuz) | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  | Yukarıdaki ifadeyi hiçbir zorlama altında olmadan kendi irademle verdim. | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  | İmza |  |
|  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |

İfadeyi Veren Kişinin İletişim Bilgileri:

Cep Telefonu Numarası: 05……………………….

E-Posta Adresi: ……………………………………..@.....................................

İletişim Adresi: