TEZ KISITLAMA TALEBİ FORMU G-FORM-9

|  |
| --- |
| **SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ’NE** Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının 18 Haziran 2018 tarihinde uygulamaya koyduğu “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”sinin 6. maddesi gereğince Lisansüstü tezimin erişime açılması konusunda aşağıda belirtilen süreleri dikkate alınarak ertelenmesini talep ediyorum.  Gereğini bilgilerinize arz ederim. Patent başvurusu yaptım/ Patentim var (2 yıl). Genel kısıtlama istiyorum (6 ay).  **Tarih :** **Öğrencinin Adı Soyadı :** **İmza :****Gerekçe:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Madde-6-** (1) Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir. (2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir. **ÖĞRENCİNİN****Numarası, Adı, Soyadı :**………………………………………………………………………………………………**Anabilim Dalı :**………………………………………………………………………………………………**Lisansüstü Programı :** …………………………………………………………………………………………….**Tezin Adı :** ……………………………………...…………………………………………………**Tez Savunma Sınav Tarihi** **:**……………………………………………………………………………………………. |
| **DANIŞMAN ÖNERİSİ VE ABD GÖRÜŞÜ**Danışmanlığını yürüttüğüm ...............................................................................’ın tezinin ……..…. süre ile erişime açılmasının ertelenmesini onaylıyorum. ……/……/20.…**Danışman Önerisi** **UYGUNDUR** **Unvanı, Adı, Soyadı:** …………………………… **Anabilim Dalı Başkanı:** ……………… **İmza**  : …………………………… **İmza**  : ……………… |