**MEDİKAL FİZİKÇİ BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **1-Başvuru Kapsamı** | |
| Tecrübe (Geçici Madde) | Lisansüstü Eğitim (9 uncu madde ikinci fıkra) |

|  |  |
| --- | --- |
| **2-Radyoterapi Grubu Cihazlarda Kalite Uygunluk Testi Yapılmak İstenen Cihaz Türü\*** | |
| **Radyoterapi Grubu Cihazlar** | **Yetki İstiyorum** |
| Lineer Hızlandırıcı |  |
| Tedavi Sistemleri Görüntüleme Bileşenleri |  |
| Co-60 Radyoaktif Kaynaklı Teleterapi Cihazı |  |
| Uzaktan Kontrollü Sonradan Yüklemeli Brakiterapi |  |
| Tedavi Simülatörü |  |
| BT Tedavi Simülatörü |  |
| Helikal Tomoterapi |  |
| Co-60 Kaynaklı Stereotaktik Radyoterapi Cihazı |  |
| Robotik Lineer Hızlandırıcı |  |
| İntraoperatif Elektron Radyoterapi Cihazı |  |

*\*Radyoterapi grubu cihazlarda kalite uygunluk yazısı veya kalite uygunluk çalışma belgesi almak üzere yapılacak başvurularda doldurulacaktır.*

|  |  |
| --- | --- |
| **3-Başvuru Sahibine İlişkin Bilgiler** | |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **Elektronik Posta Adresi** |  |
| **İkamet Adresi** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4-Çalışma Alanına Ait Bilgiler\*** | | | |
| **Sıra**  **No** | **Çalıştığı Yer** | **Görevi** | **Giriş–Çıkış Tarihi** |
|  |  |  |  |

**\*** *En son çalışılan yer veya hâlihazırda çalışılan yer bilgisi girilecektir.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5-Tez veya Proje Konusuna Ait Bilgiler** | | |
| **Sıra**  **No** | **Tez Konusu** | **Tarih** |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Başvuru sahibinin, bu formu Diagnostik Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyoterapi Grubu Tıbbi Cihazların Kalite Uygunluk ve Kalite Kontrol Testleri Hakkında Yönetmelik Hükümlerinin Uygulanmasına İlişkin Kılavuz a uygun şekilde doldurmaması veya gerçeğe aykırı beyanda bulunması durumunda Kurumun bu durumu tespitini müteakip başvuru sahibi bahse konu başvuruya ilişkin tüm haklarını kaybetmiş ve olası hukuksal süreçlerin sonuçlarını kabul etmiş sayılır.*

**Başvuru Sahibinin**

**Adı Soyadı :**

**Tarih :**

**İmza :**