HAKKARİ ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANE VE DOKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI
İNTİHAL PROGRAMLARI İSTEK FORMU

Talep Sahibinin			
Adı Soyadı			
Akademik Unvanı	☐ Profesör	☐ Doçent	☐ Yardımcı Doçent
	☐ Dr. Öğretim Üyesi	☐ Öğretim Gör.	☐ Araştırma Gör.
Fakülte/Birimi			
Telefon Numarası			
E-posta Adresi (Kurumsal)			

Talep Edilen Program/Programlar	
Kullanmak İstediğiniz İntihal Programı	☐ İThenticate (En az Dr. Öğr. Üyesi unvanına sahip olmak zorunludur.)
	☐ İntihalnet
	☐ Turnitin (Tez Danışmanı olmak zorunludur.)

Not: Birden fazla program seçilebilir.

☐ Yukarıda seçtiğim veritabanlarının kullanımı ile ilgili oluşacak yasal yükümlülükleri kabul ediyorum.

Tarih
…../…../20….

İmza

İşlemi Gerçekleştiren:	İşlemi Onaylayan:
Adı Soyadı: Tarih: İmza:	Adı Soyadı: Tarih: İmza: