**T.C.**

**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Spor Bilimleri Fakültesi**

**Araştırma Katılımcı Sağlık Beyanı**

|  |
| --- |
| **BEYANDA BULUNAN KİŞİNİN** |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Katılacağı çalışma** |  |
| **Çalışmanın yürütücüsü** |  |
| **Araştırmanın Süresi** |  |

Spor Bilimleri Fakültesi Dekanlığı yönetiminde, Sportif Performans Ölçme ve Değerlendirme Laboratuvarı / Spor Tesislerinde bünyesinde yapılacak olan Yüksek Lisans Tezi / Doktora Tezi / Bilimsel Araştırma çalışmalarına katılım hususunda sağlık durumuma engel olabilecek hastalık veya engelin bulunmadığını beyan ederim.

|  |
| --- |
| **Beyanda Bulunanın***Tarih/Adı-Soyadı/İmza* |
| **… / … / 20…****…** |