|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.****DENİZLİ VALİLİĞİ****İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ****Denizli Devlet Hastanesi****ATIF ALAN YAYINLARI BİLDİRİM FORMU (EK-3)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **Başvuru Sahibi** **Adı-Soyadı / Ünvanı**  **ve ORCID No** | **Yayının Künyesi** **(Yazarlar, Yayının Adı, Yayınlandığı Dergi, Cilt, Sayı, Sayfa Doi No)** | **Derginin Yer Aldığı İndeks** | **Atıf Yapan Yayının Künyesi** **(Yazarlar, Yayının Adı, Yayınlandığı Dergi, Cilt, Sayı, Sayfa)** | **Atıf Alan Derginin Yer Aldığı İndeks** | **Puanı** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |

**Tarafımca yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğruluğunu kabul ediyorum.**

**Başvuru tarihinden itibaren 6 aydan fazla süre geçen yayınlar için daha önce başka bir kurumdan bilimsel çalışma destek puanı almadığımı taahhüt ederim.**

 Adı-Soyadı:

 Ünvanı:

 Tarih:

 İmza: