**Erasmus+ Öğrenim Hareketliliği  
Giden Öğrenciler için Başvuru Formu**

*(Elektronik ortamda doldurulmalıdır)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I – KİŞİSEL BİLGİLER** | | | | |
| T.C Kimlik Numarası **(Uluslararası Öğrenciler için Pasaport Numarası)** | |  | | |
| Öğrenci Numarası | |  | | |
| Soy isim | |  | | |
| İsim | |  | | |
| Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) ve Yeri | |  | | |
| Vatandaşı Olunan Ülke(ler) | |  | | |
| Fakülte/Bölüm/ Program | |  | | |
| Öğrenim Kademesi | | MYO  Lisans  Yüksek Lisans  Doktora | | |
| Eğitim Yılınız | | 1. Sınıf  3. Sınıf  4. Sınıf | | |
| GNO (Genel Not Ortalaması) | |  | | |
| Engellilik Durumu | | Evet  (Belgelendirilmelidir) Hayır | | |
| Şehit ya da Gazi çocuğu musunuz? | | Evet  (Belgelendirilmelidir) Hayır | | |
| Yararlanmak istediğiniz hareketlilik türü | | Öğrenim  Staj | | |
| Daha önce Erasmus Programlarına katıldınız mı? \* | | Evet | **Öğrenim  - 20     /20      Akademik yıl**  **Staj  - 20     /20      Akademik yıl**  **Katılım süresi: \_\_\_\_\_ gün/ay** | |
| Hayır | | |
| **İletişim Bilgileri** | | | | |
| Telefon | |  | | |
| E-mail adresi | |  | | |
| **II. HAREKETLİLİK FAALİYETİ İLE İLGİLİ BİLGİLER** | | | | |
| **Partner Üniversite Tercihleri** | | | | |
| **1** | Ülke | | |  |
| Üniversite Adı | | |  |
| **2** | Ülke | | |  |
| Üniversite Adı | | |  |
| **III. ERASMUS DİL YETERLİLİK SINAVLARI\*** | | | | |
| **İNGİLİZCE** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tarafından 23 Ekim 2018 Tarihinde saat 12.00 da İngilizce sınavı yapılacaktır. | | | | |
| Daha önce girdiğiniz YÖKDİL, YDS, TOEFEL sınav sonuçları | | | | |

|  |
| --- |
| **Yukarıda verdiğim bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu ve başvuru ilanında açıklanan tüm bilgileri okuduğumu ve anladığımı onaylıyorum.** |
| **İmza:** |
| **Tarih:** / / |

|  |
| --- |
| **Erasmus Bölüm Koordinatörü Ad-Soyad:** |

***Sağlık Bilimleri Üniversitesi***

***Uluslararası Değişim Programları Koordinatörlüğü (UDEK)***

***Çelik Yapılar L Blok***

*erasmus@sbu.edu.tr*