**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 KoordinatörüAd-Soyad:**  |

***Sağlık Bilimleri Üniversitesi***

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

***Çelik Yapılar L Blok***

*erasmus@sbu.edu.tr*