**2020/2021 Akademik Yılı Erasmus+ Öğrenim Hareketliliği**  **Giden Öğrenciler için Başvuru Formu**

*(Elektronik ortamda doldurulmalıdır)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I – KİŞİSEL BİLGİLER** | | |
| T.C Kimlik Numarası |  | |
| Öğrenci Numarası |  | |
| Adı Soyadı |  | |
| 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 t | Öğrenim  Staj | |
| Daha önce Erasmus Programlarına katıldınız mı? \* | Evet | **Öğrenim  - 20     /20      Akademik yıl**  **Staj  - 20     /20      Akademik yıl**  **Katılım süresi: \_\_\_\_\_ gün/ay** |
| Hayır | |
| Telefon |  | |
| E-mail adresi |  | |
| **İNGİLİZCE** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tarafından 24. 03. 2020 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*