**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 KoordinatörüAd-Soyad:**  |

***Sağlık Bilimleri Üniversitesi***

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

***Çelik Yapılar L Blok*** *erasmus@sbu.edu.tr*