**Kişisel Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Ünvanı. Adı-Soyadı****Ünvanı, Adı Soyadı:** |  |
| **Doğum Tarihi****Fakülte ve Bölümü:** |  |
| **Fakülte****Gidilmek İstenen Ülke, Üniversite veya İşletme Adı:** |  |
| **Bölüm** |  |
| **İdari Görev(ler)****E- posta:**  |  |
| **Telefon No** |  |
| **E-posta** |  |
| **Yabancı Dil Türü ve Puanı** |  |
| **Gazi personel mi? Şehit veya gazi yakını mı (eşi veya çocuğu mu)?** | Evet Hayır  |
| **Bölümü adına Erasmus+ kapsamında ikili anlaşma yapmış mı?** | Evet Hayır  |
| **\*Başvurduğu akademik yıl içinde gelen Erasmus+ öğrencileri için yabancı dilde ders açmış mı?** | Evet Hayır  |
| **Hizmet Süresi (Yıl-Ay-Gün olarak)** |  |

**Erasmus+ Özel İhtiyaç Desteği:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Özel İhtiyaç desteğine ihtiyaç duyuyor musunuz?** | Evet  Hayır  |
| **Özel İhtiyaç desteğine ihtiyaç duyuyor iseniz bunun türü nedir?** | Fiziksel Zihinsel Sağlıkla ilgili özel ihtiyaçlar |
| **Özel Erişim İhtiyaçlarınız nelerdir?** |  Uygun konaklama  Seyahat için yardımTıbbi refakat Destek teçhizat Uygun öğrenim materyalleri Refakatçi Diğer |
| **Özel ihtiyaçlarınızı ve fiziksel, zihinsel veya sağlıkla ilgili durumunuza ilişkin olarak öngörülen ek masraflarınızı belirtiniz.** |  |

\*2017 dönemi ders verme hareketliliğinden yaralanacak personelimiz gitmeden önceki tüm işlemlerini **31/03/2018** tarihine kadar tamamlamaları gerekmektedir. Personelimizin tüm işlemlerini verilen tarihlere kadar tamamlayamaması durumunda, hakları yedek listeden sıradaki adaya geçecektir.

Erasmus+ Programı/Ders Verme hareketliliğinden yararlanabilmem için başvurumun kabul edilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih-İmza