**Kişisel Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Ünvanı, Adı-Soyadı** |  |
| **Doğum Tarihi** |  |
| **Fakülte ve Bölüm** |  |
| **İdari Görev(ler)** |  |
| **Telefon No** |  |
| **E-posta** |  |
| **Yabancı Dil Türü, Puanı ve Yılı** |  |
| **Programdan İlk Kez Yararlanma** | Evet Hayır |
| **Özel İhtiyaç Sahibi Personel** | Evet Hayır |
| **Gazi personel mi? Şehit veya gazi yakını mı (eşi veya çocuğu mu)?** | Evet Hayır |
| **Erasmus Birim/Bölüm Koordinatörü mü?** | 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 |
| **Vatandaşı olunan ülkeye gitmek isteyen personel** | Evet Hayır |
| **Gidilmek İstenen Anlaşmalı Üniversite ve Ülkesi** |  |
| **Toplam 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.** |  |

\*2020 dönemi KA107 projesi ders verme hareketliliğinden yaralanacak personelimiz gitmeden önceki tüm işlemlerini **17/09/2021** 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.

Unvan/İsim/Soyisim/Tarih/İmza