



T.C. LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ



Erasmus+

Erasmus+ KA103 Programı

Akademik Personel Ders Verme ve İdari Personel Eğitim Alma Başvuru Formu

I- KİŞİSEL BİLGİLER		
T.C. Kimlik Numarası		
Personel Numarası		
Soyad		
İsim		
Cinsiyet	Kadın ☐ Erkek ☐	
Doğum Tarihi		
Doğum Yeri		
Vatandaşlık		
II-İLETİŞİM BİLGİLERİ		
İkametgâh Adresi		
Telefon		
E-posta		
Acil Durumda İletişime Geçilecek Kişi		
Soy isim		
İsim		
Yakınlık Derecesi		
İkametgâh Adresi		
Telefon		
III. BİRİM BİLGİLERİ		
Çalıştığı Birim		
Pozisyon		
Hizmet Yılı		
IV. ÖZEL KOŞULLAR		
Kurumlar arası Erasmus+ Anlaşması imzalanmasını sağladınız mı?		
Eğer sağladıysanız, kaç anlaşma?		
Dil sertifikanız var mı?		
Varsa, hangi seviyelerde ve hangi dillerde?		



T.C. LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ



Erasmus+

Erasmus+ KA103 Programı

Akademik Personel Ders Verme ve İdari Personel Eğitim Alma Başvuru Formu

Erasmus+ Bölüm Koordinatörlüğü veya Eğitim Koordinatörlüğü görevi yürütüyor musunuz?	
Akademik personel, İdari personel, Sözleşmeli personel veya Kadrolu personel arasından hangisisiniz? Lütfen belirtiniz.	
V. TERCİHLER	
Kalış Süresi	
Gidilecek Kurum Tercih Sıralaması	
Daha önce Erasmus+ Değişim Programına katıldınız mı?	
VI. ENGELİLİK	
Eğer bir engeliniz varsa, lütfen belirtiniz.	
Lütfen engelinizin getirdiği özel ihtiyaçlarınız ve ilave gereksinimlerinizi kısaca açıklayınız.	
VII. ONAY	
Başvuru formunda belirttiğim tüm bilgilerin; eksiksiz ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Başvuru formunda belirttiğim bilgilerin yanlış veya eksik olduğunun ya da yalan beyanda bulunduğumun anlaşılması durumunda, başvurumun iptal edileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Başvuru formunda belirttiğim bilgilerin, Erasmus+ ve Dış İlişkiler Ofisi tarafından kullanılmasına, gerektiği hallerde, Türkiye Ulusal Ajansı, Avrupa Komisyonu ve Lokman Hekim Üniversitesi ile Erasmus+ ortaklığı olan yükseköğretim kurumları ile paylaşılmasına onay veriyorum. Üniversite hakkındaki programlar, etkinlikler ve güncellemelerin; bu belgede beyan ettiğim bilgiler uyarınca, aşağıdaki iletişim yolları aracılığıyla tarafıma bildirilmesine ve bu amaç doğrultusunda bilgilerimin hizmet sağlayıcıları ile paylaşılmasına onay veriyorum. İsim ve Soyad: İmza : Tarih :	