



AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ETKİNLİKLERE
BAŞVURU FORMU(EK-1)

BAŞVURU DİLEKÇESİ

Tıp Fakültesi Dekanlığına

Aşağıda adı, tarihi, yeri ve diğer ayrıntıları belirtilen etkinliğe katılmak istiyorum. Başvuru formunda vermiş olduğum tüm bilgilerin doğruluğunu ve yönergede belirtilen hususları kabul ettiğimi beyan eder gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih :
Adı / Soyadı :
İmza :

GÖREVLENDİRME TALEP EDEN PERSONEL BİLGİLERİ

Unvanı	Sicil Numarası
Adı / Soyadı	Bölümü
E-posta	Anabilim Dalı
Dahili Telefonu	Cep Telefonu
Görevlendirme Başlangıç Tarihi	Görevlendirme Bitiş Tarihi

Etkinliğe Katılım Türü	<input type="checkbox"/> İzleyici <input type="checkbox"/> Etkin Katılım <input type="checkbox"/> Oturum Başkanlığı <input type="checkbox"/> Davetli Konuşmacı <input type="checkbox"/> Bildiri (Yazılı Sunum) <input type="checkbox"/> Çalıştay <input type="checkbox"/> İdari Görev <input type="checkbox"/> Diğer (.....)	Destek Türü	<input type="checkbox"/> Destek Talep Edilmemektedir. <input type="checkbox"/> Yolluklu-Gündelikli <input type="checkbox"/> Proje Destekli <input type="checkbox"/> BAP Destekli <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Diğer (.....)
------------------------	--	-------------	---

ETKİNLİK BİLGİLERİ

Etkinliğin Adı	
Yapılacağı Şehir	
Etkinlik Başlangıç Tarihi	
Bildiri Var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

TALEP EDİLEN HARCIRAH UNSURLARI:

<input type="checkbox"/> Yoktur	<input type="checkbox"/> Tren	<input type="checkbox"/> Otobüs	<input type="checkbox"/> Yolluk/Gündelik
<input type="checkbox"/> Uçak	<input type="checkbox"/> Konaklama	<input type="checkbox"/> Diğer (.....)	

MALİ YIL İÇERİSİNDE GERÇEKLEŞMİŞ DESTEKLİ GÖREVLENDİRMELER (Ülke/Şehir, Kaynağı ve Miktarı):

1.	
2.	
3.	
4.	

VEKALET EDİLECEK DERS, İŞLEM ve GÖREV

Belirtilen süre içinde dersim yoktur.
 Belirtilen süre içindeki sorumlu olduğum dersler:
 a) Tarafımdan ilave ders yapılacaktır. İlave ders yapılacak tarih:
 b) Başka bir öğretim üyesi tarafından verilerek telafi edilecektir. Telafi edecek öğretim üyesinin adı:

ONAY

Anabilim Dalı Başkanı/Program Sorumlusu		Bölüm Başkanı		BAŞHEKİMLİK İMZA	
<input type="checkbox"/> Uygun değildir	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun değildir	<input type="checkbox"/> Uygun		
Tarih		Tarih		<input type="checkbox"/> MHRS Açık <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> MHRS Kapalı <input type="checkbox"/> Uygun Değildir	
İmza		İmza			
Anabilim Dalı Başkanı/ Program Sorumlusu		Bölüm Başkanı			

DEKAN
Tarih-İmza

Lütfen bu forma davet mektubu, kabul yazısı, kongre duyuru fotokopisi, bildiri metni/özeti gibi belgeleri eklemeyi unutmayınız.