1. **PROJE BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Proje Başlığı** |  |
| **Proje Yürütücüsü** |  |
| **Birim/Bölüm/ABD (1)** |  |
| **Araştırmacılar** |  |
| **Proje Türü** |  |
| **Proje Grubu** | Fen ve Mühendislik Bilimleri  Tıp ve Sağlık Bilimleri  Sosyal Bilimler |
| (**1**) Proje yürütücüsünün görev yaptığı birim, bölüm ve anabilim dalı belirtilmelidir. | |

1. **ARAŞTIRMA İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUM VE ARAŞTIRMACI BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Üniversite / Kurum** |  |
| **Ülke / Şehir** |  |
| **Birim/Bölüm/ABD (2)** |  |
| **Araştırmacılar** |  |
| **Çalışma Tarihi Aralığı (3)** | ay / 20.. - ay / 20.. |
| (**2**) İşbirliği yapılacak araştırmacının görev yaptığı birim, bölüm ve anabilim dalı belirtilmelidir.  (**3**) Araştırma amacıyla yurtdışındaki kurumda bulunulması planlanan tarih aralığı belirtilmelidir. | |

1. **BÖLÜM UYGUNLUK ONAYI**

|  |
| --- |
| Yukarıda bilgileri verilen araştırmacının planlanan araştırma projesi kapsamındaki çalışmaları yürütmek üzere öngörülen tarih aralığında yurt dışında bulunmasında eğitim-öğretim faaliyetleri ve diğer görevleri bakımından bir sakınca bulunmamaktadır. Araştırmacının, destek talebinin değerlendirmeye alınabilmesi hususunda gereğini arz/rica ederim. …/.../20..  Adı Soyadı  İmza  Bölüm/Anabilim Dalı Yetkilisinin Görevi (4) |
| (**4**) Sağlık Bilimleri alanındaki fakültelerde Anabilim Dalı Başkanı, diğer birimlerde Bölüm Başkanı tarafından onaylanmalıdır. |

1. **BİRİM UYGUNLUK ONAYI**

|  |
| --- |
| Yukarıda bilgileri verilen araştırmacının planlanan araştırma projesi kapsamındaki çalışmaları yürütmek üzere öngörülen tarih aralığında yurt dışında bulunmasında eğitim-öğretim faaliyetleri ve diğer görevleri bakımından bir sakınca bulunmamaktadır. Araştırmacının, destek talebinin değerlendirmeye alınabilmesi hususunda gereğini arz/rica ederim. …/.../20...  Adı Soyadı  İmza  Birim Yetkilisinin Görevi (5) |
| (**5**) Birimi temsil yeteneği bulunan Dekan, Müdür vb. yetkililer tarafından imzalanmalı ve yetkilinin görevi belirtilmelidir. |

**NOT:** Kabul edilen destek talepleri için formun aslı yürütücü tarafından BAP Koordinasyon Birimine teslim edilmelidir.