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 SoyadıİmzaBölüm/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 SoyadıİmzaBirim 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.