FOTOĞRAF

 **DOKTOR HAFIZ CEMAL LOKMANHEKİM VE**

 **EŞİ SABİHA LOKMANHEKİM SAĞLIK VAKFI**

**BURS BAŞVURU FORMU**

Burs başvurusunda bulunmak isteyen öğrenci arkadaşlarımızın bu formu **eksiksiz** doldurmaları ve formla beraber, **“ara sınıflarda okuyanlar not dökümlerini, üniversiteye yeni başlayanların ise ÖSS sonuç belgesini”**  eklemesi rica olunur.

|  |
| --- |
| **1- BURS İSTEĞİNDE BULUNAN ÖĞRENCİNİN KİMLİK VE OKUL BİLGİLERİ:**  |
| Adı, Soyadı  | : |  | Üniversitesi | : |  |
| Baba Adı  | : |  | Fakültesi | : |  |
| Anne Adı  | : |  | Bölümü  | : |  |
| Doğum Yeri (İl, İlçe, Köy)  | : |  | Sınıfı | : |  |
| Doğum Tarihi (Gün, Ay,Yıl)  | : |  | Öğrenci No  | : |  |
| Cinsiyeti | : |  | Giriş Tarihi | : |  |
| Medeni Hali | : |  | Bitirdiği Lise | : |  |
| T C Kimlik No | : |  | Yabancı dil/Düzey: |  |  |
|  **2- AİLENİN SOSYO-EKONOMİK DURUMU:** |
| Baba: Hayatta ( ) , İşi: Aylık Net geliri: Öğrenimi: Hayatta Değil : ( ) |
| Anne: Hayatta ( ) , İşi: Aylık Net geliri: Öğrenimi: Hayatta Değil : ( ) |
| Varsa, Ailenin Toplam Gelirine Katılan Diğer Aylık Net Gelir Toplamı: |
| Ailenin Toplam Net Geliri: |
|  |
|  |
| Aile Reisinin İş Adresi: |
| Ailenin Oturduğu Ev: Mülk : ( ), Kira : ( ), Lojman : ( ), Diğer : ( )……………….. Aylık Kira Bedeli : …………………………….. |

|  |
| --- |
|  **3- KARDEŞLERE İLİŞKİN BİLGİLER:**  |
| (BAŞVURU SAHİBİ HARİÇ) |
| ADI VE SOYADI | YAŞ | OKULU VE SINIFI | ALDIĞI BURS Miktarı |  ÇALIŞANLARINİşi ve Aylık geliri |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  **4- KİŞİSEL BİLGİLER:**  |
| **A-ÖĞRENİM SÜRESİNCE İKAMET DURUMU**  |
| Ailemle birlikte ikamet edeceğim ( ) | **İkamet Edeceğim Yer:** |
| Ailemden ayrı bir şehirde ikamet edeceğim ( ) | YURT ( ) Kirası: |
|  | EV ( ) Kirası: |
| **B-BURS BAĞLANTISI** |
| Başka Kurumlardan / Kişilerden Burs / Kredi Alıyorsanız, bu kurumların / kişilerin adları: |
| Aldığınız Aylık Yardım Miktarları: |
| **C-ADRESLER:**  |
| ÖĞRENİMDEKİ DEVAMLI ADRESİM: | AİLEMİN İKAMETGAH ADRESİ: |
|  |  |
|  |  |
| Tlf No: Cep Tlf: |  |
| E- MAİL ADRESİ: | Ev Tlf: Cep Tlf: |

|  |
| --- |
| **D - Referanslarınız** |
| **E –AKADEMİK DESTEK PROGRAMI kapsamında Öğretim üyesi ile birlikte çalışılacak alan** **(İki seçenek işaretleyiniz)**1. Klinik araştırma
2. Laboratuar çalışması
3. Toplum sağlığı çalışmaları
 |

Burs aksamaları ya da diğer sorunlar halinde iletişim

kurulacak kişi ve iletişim bilgileri;

**Yasemin Bilsel İlgün**

0 551 451 09 87

 Yukarıdaki bilgiler gerçektir.

 Adı ve Soyadı :

 Tarih

 İmza