**AZERBAYCAN TIP ÜNİVERSİTESİ**

**(AZERBAIJAN MEDICAL UNIVERSITY)**

**2024/2025 AKADEMİK YILI**

**(2024/2025 ACADEMIC YEAR)**

**ÖĞRETİM ÜYESİ HAREKETLİLİK PROGRAMI**

**ACADEMIC STAFF MOBILITY PROGRAMME**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kişisel Bilgiler (Personal Information)** | Adı – Soyadı: Cinsiyeti:  Name-Surname Gender | |
| Bölüm/Program Adı: Vezifesi: Department-Programme name Title | |
| Adres:  Address | |
| Tel:  Telephone | E-posta:  E-mail |
| Faks :  Fax | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gönderen Üniversite Home Institution** | Yükseköğretim Kurumunun Adı: **Azerbaycan Tıp Üniversitesi  Name of Higher Education Institution** |
| Dönem:  Güz Dönemi  Bahar Dönemi  Yaz Okulu  Term Fall Term Spring Term Summer School |
| Hareketlilik Süresi:  Mobility Period |
| Planlanan Başlangıç Tarihi:  Planned Start Date |
| Planlanan Bitiş Tarihi :  Planned End Date |
| **Bölüm Başkanı / Koordinatörü**  **Kafedra müdiri**  **Head of Department/Coordinator** |
| Adı – Soyadı: Name-Surname |
| Adres :  Address |
| Tel.: Faks E-mail  Telephone Fax E-mail |
| İmza: Tarih:  Signature Date |
| **Kurum Koordinatörü  Institutional Coordinator** |
| Adı - Soyadı: **Doç.** **Dr.** **Müşfiq Orucov** Name-Surname |
| İmza: Tarih:  Signature Date |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gidilecek Üniversite Host Institution (bu hissə doldurulmur)** | Yükseköğretim Kurumunun Adı:  Name of the Institution |
| Dönem:  Güz Dönemi  Bahar Dönemi  Yaz Okulu  Semester Fall Semester Spring Semester Summer School |
| Hareketlilik Süresi: 14 gün Mobility Period |
| Planlanan Başlangıç Tarihi:  Planned Start Date |
| Planlanan Bitiş Tarihi :  Planned End Date |
| **Bölüm Başkanı / Koordinatörü**  **Head of Department/Coordinator** |
| Adı – Soyadı:  Name-Surname |
| Adres :  Address |
| Tel.: Faks E-mail  Telephone Fax E-mail |
| İmza : Tarih: Signature Date |
| **Kurum Koordinatörü  Institutional Coordinator** |
| Adı - Soyadı:  Name-Surname |
| İmza: Tarih Signature Date |

|  |  |
| --- | --- |
| **Akademik Bilgiler**  **(Academic Information)** | ORHUN Faaliyet Çalışma Alanı: ORHUN Field of Study: |
| Faaliyetin Türü: ✓Ders Verme  Seminer  Çalıştay  Diğer : Type of activity Lecturing Seminar Workshop Other |
| Derece:  Ön lisans  Lisans  Yüksek Lisans  Doktora  Diğer  Degree Associate degree BA MA Ph.D. Other |
| Bu faaliyetten yararlanacak tahmini öğrenci ve varsa öğretim üyesi sayısı:  Estimated number of potential student and academic staff beneficiaries if avaible |

|  |
| --- |
| **HAREKETLİLİĞİN KATMA DEĞERİ** (Added-Value of the Mobility)  **Mobilliyin müsbət əhmiyyəti**  (Hem gönderen hem kabul eden yükseköğretim kurumu hem de öğretim üyesi için)  (Both for home, host institutions and academic staff) |
|  |

|  |
| --- |
| **BEKLENEN SONUÇLAR** (Expected Outcomes)  **Gözlənilən nəticələr** (Hareketlilik sonucunda tüm taraflar için beklenen sonuçları belirtiniz)  (Please specify the expected outcomes for all parties as a result of the mobility) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DERS PROGRAMI** Study Programme | | |
| **Dersin Adı** Course Name | **Günü**  Day | **Saati** Time |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öğretim Üyesinin İmzası: ………………… Signature of Academic Staff** | | | |
| **Gönderen Yükseköğretim Kurumunun Adı**  **Name of the Home Institution** | **Azerbaycan Tıp Üniversitesi** | **Gidilecek Yükseköğretim Kurumunun Adı**  **Name of the Host Institution** |  |
| **Yetkili Kişi Adı Soyadı/Unvanı (Dekan, Müdür, vb)  Name/Surname/Title of the Authorized Person (Dean, Director etc.)** | **Prof. Dr.**  **Geray Geraybeyli**  **Rektör** | **Yetkili Kişi Adı Soyadı/Unvanı (Dekan, Müdür, vb)  Name/Surname/Title of the Authorized Person (Dean, Director etc.)** |  |
| **İmza/Mühür  Signature/Stamp** |  | **İmza/Mühür  Signature/Stamp** |  |
| **Tarih  Date** |  | **Tarih  Date** | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |