**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 günMobility 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: TarihSignature 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** | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |