



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ
BURSIYER BAŞVURU BİLGİ FORMU

***** Bu form, BAP Otomasyon Sistemi (bap.omu.edu.tr) üzerinden online olarak doldurulmalıdır**

1. Proje Bilgileri			
Proje Yürütücüsü			
Projenin Adı			
Proje Numarası			
Projenin Başlama-Bitiş Tarihi	/...../20.... -/...../20....	Projenin Süresi (Ay)	
Bursiyer Başlama-Bitiş Tarihi	/...../20.... -/...../20....	Bursiyer Süresi (Ay)	

2. Bursiyer Bilgileri			
Adı, Soyadı		TC Kimlik No	
Öğrenim Gördüğü Bölüm		Doğum Tarihi	/...../20....
Öğrenim Durumu	☐ Yüksek Lisans Öğrencisi ☐ Doktora Öğrencisi	Uyruğu ve Ülkesi	☐ T.C. ☐ Yabancı /
E-Posta Adresi		Cep Telefonu	
İkamet Adresi			

3. Ödeme Bilgileri			
Ödenecek Aylık Burs Tutarı (TL)			
IBAN No			
SGK Kapsamında Bir İşte Çalışıyor mu?		Aynı Dönemde Başka Bir BAP Bursiyeri mi?	
Aynı Dönemde Bir Programda Stajyer Öğrenci mi?		Aynı Dönemde TÜBİTAK Bursiyeri mi?	

Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğruluğunu, hiç bir kurum ve kuruluşta **çalışmadığımı**, beyan ettiğim bilgilerde bir değişiklik olması halinde derhal proje yürütücüsünü bilgilendireceğimi, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 44.maddesi "c" bendi gereğince **Yüksek Lisans'ta 3 yıl/ Doktorada 6 yıl** eğitim süresini aşmadığımı, herhangi bir **iş kazası geçirmem durumunda 2 gün** içinde ilgili tahakkuk birimine bildireceğimi, bursiyerliğim esnasında herhangi bir işe girersem bursiyerliğimin sonlandırılması için ve herhangi bir sebeple sağlık raporu almam halinde **en geç 3 gün** içinde tahakkuk birimini bilgilendireceğimi, yapılacak denetim ve kontrollerde beyanıma dayalı olarak ortaya çıkacak olası **tüm yasal ve mali sorumlulukları** üstlendiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Bursiyer Adı, Soyadı	Tarih	İmza
	/...../20....	

Yukarıda bilgileri verilen; burslu görevlendirilecek olan, tezli yüksek lisans/doktora öğrencisi, yürütücüsü olduğum projede yer almaktadır. Söz konusu öğrencinin yukarıda beyan ettiği bilgilerinin doğruluğunu teyit eder, projede belirtilen süre kapsamında burs ödemesinin yapılmasını, bursiyerin projeden ayrılması durumunda ve bu bilgilerde bir değişiklik olması durumunda **en geç 3 gün** içinde BAP Koordinasyon Birimine bilgi vereceğimi, yapılacak denetim ve kontrollerde beyanıma dayalı olarak ortaya çıkacak olası **tüm yasal ve mali yaptırımları** üstlendiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Proje Yürütücüsü Adı, Soyadı	Tarih	İmza
	/...../20....	

Bursiyer işe giriş-çıkış sigorta işlemlerinin tarafımdan yapılacağını ve takip edileceğini ve sigorta işlemlerinde değişiklik olması durumunda BAP Koordinasyon Birimini bilgilendireceğimi beyan ve taahhüt ederim.

İlgili Tahakkuk Birimi Personeli Adı, Soyadı	Tarih	İmza
	/...../20....	

- EKLER:** 1) Bursiyer Sağlık Provizyon ve Aktivasyon Sistemi (SPAS) Müstehaklık Belgesi
2) Bursiyer Öğrenci Belgesi
3) Bursiyer İkametgah Belgesi
4) Bursiyer Kimlik Fotokopisi
5) Bursiyerlerin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri Hakkında Belge