|  |  |
| --- | --- |
| DEĞİŞİM PROGRAMLARI YABANCI DİL SINAVI BAŞVURU FORMU (*İDARİ PERSONEL İÇİN*) | |
| **Personelin;** | |
| Adı Soyadı: |  |
| Sicil Numarası: |  |
| TC Kimlik Numarası: |  |
| Görev Yeri: |  |
| Görevi/ Unvanı: |  |
| E-posta Adresi: |  |
| Telefon Numarası (GSM): |  |
| Dâhili No: |  |
| Sınava girmek istediği dil tercihi\*\* | İngilizce  Almanca  Fransızca |
| **Bu dil sınavının sadece Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Birimi tarafından yürütülen Erasmus Programı Personel Eğitim Alma Hareketliliği başvurularında kullanılabileceğini biliyor ve kabul ediyorum.** | |
| Adı Soyadı:  Tarih:  İmza | |

*\*Personelin sınava girerken TC kimlik kartını (nüfus cüzdanı) ve personel kimlik kartını yanında bulundurması gerekmektedir.*

*\*\* En fazla iki dil sınavı seçilebilir.*