|  |  |
| --- | --- |
| erciyes_logo | T.C. Erciyes Üniversitesi  Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi  **DOKTORA SONRASI ARAŞTIRMACI PROJELERİ**  **AYLIK ARAŞTIRMACI BEYAN FORMU** |

**PROJE BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Projenin Başlığı |  | | | | | | |
| Proje No |  | | Beyan Dönemi (ay/yıl) | | …………… / 2020 | | |
| Proje Yürütücüsü |  | | | | | | |
| Proje Başlama Tarihi | …../…../20 | Proje Bitiş Tarihi | | …../…../20 | | Süresi (Ay) |  |

**DOKTORA SONRASI ARAŞTIRMACI BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | | Doğum Tarihi | |  |
| TC Kimlik No |  | | | S.G.K. No. | |  |
| Mobil Telefon |  | | | E-posta Adresi | |  |
|  | | | | | | |
| Beyanın Kapsadığı Tarih Aralığı | | …./…../2020 - …./…../2020 | | | | |
| Kullanılan Yıllık İzin Gün Sayısı | |  | Tarih Aralığı | | …./…../2020 - …./…../2020 | |
| Kullanılan Hastalık İzini Gün Sayısı | |  | Tarih Aralığı | | …./…../2020 - …./…../2020 | |
| Kullanılan Mazeret İzini Gün Sayısı | |  | Tarih Aralığı | | …./…../2020 - …./…../2020 | |
| **Doktora Sonrası Araştırmacı Beyanı** | | | | | | |
| Doktora sonrası araştırmacı olarak çalıştığım proje kapsamında yukarıda beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, yapılacak denetim ve kontrollerde beyanıma dayalı olarak ortaya çıkacak olası tüm yasal sorumlulukları üstlendiğimi bildirir, ilgili proje kapsamında adıma düzenlenecek evrak ve belgeler ile ödemelerin beyan edilen bilgilere uygun olarak hazırlanması hususunda gereğini arz ederim. …/…/20…  Adı Soyadı  İmza | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Proje Yürütücüsü Beyanı** |
| **Doktora Sonrası Araştırmacının Çalışmadığı Günlere Yönelik Beyan:** Doktora sonrası araştırmacının mazeretsiz ve/veya yasal izin kapsamında olmayan çalışmadığı günler varsa belirtilmeli ve proje yürütücüsü tarafından açıklama yazılmalıdır. |
| Yürütücüsü bulunduğum proje kapsamında yukarıda verilen bilgilerin doğru olduğunu, yapılacak denetim ve kontrollerde beyanıma dayalı olarak ortaya çıkacak olası tüm yasal sorumlulukları üstlendiğimi beyan eder, doktora sonrası araştırmacının ödeme işlemlerinin beyanıma uygun olarak gerçekleştirilmesi hususunda gereğini arz ederim. …/…/20…  Proje Yürütücüsü Adı Soyadı  imza |

**Açıklama:** Aylık ödemenin gerçekleştirilebilmesi için bu formun imzalanmış olarak teslim edilmesi zorunludur.