ÇağınGöz

EĞİTİM BURSU BAŞVURU FORMU

Özel Çağın Göz Hastanesi Müdürlüğü'ne,
Aşağıda belirttiğim beyanlarımın ve ekli belgelerin doğruluğunu, aksi halde aldığım ve alacağım Çağın Göz Hastanesi burslarını yasal faizleri ile birlikte kuruma ödemeyi ve diğer yasal sorumlulukları karşılamayı taahhüt ederim.

T.C. Kimlik Numarası

Adı-Soyadı

Adresi

Öğrenci İkametgah Adresi

Fotoğraf

E-posta

Telefon

Cep Tel

Okunan Tıp Fakültesi – Sınıf

Not Ortalaması *(Transkript ektedir)*

Beyan ederim ki,

Puan*

Başka bir kurumdan burs alıyorum ☐ Evet ☐ Hayır

☐ Karşılıklı ☐ Karşılıksız ☐ Başbakanlık ☐ Öğrenim Kredisi

☐ Diğer *(belirtiniz)* _____ Burs miktarı _____ TL / ay

Babanızın çalışma durumunu belirtiniz. ☐ Emekli ☐ Çalışıyor ☐ İşsiz

Annenizin çalışma durumunu belirtiniz. ☐ Emekli ☐ Çalışıyor ☐ İşsiz

Ailenizin aylık geliri asgari ücretin altında mı? ☐ Evet *(Belge ektedir)* ☐ Hayır

Ailenizin ikametgâh durumu nedir? ☐ Kirada *(Kira kontratı ektedir)* ☐ Kendi evi

Ailenizin özel otomobili var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Aileniz başka şehirde mi yaşıyor? ☐ Evet ☐ Hayır
Adres:

Yurtta mı kalıyorsunuz? ☐ Evet *(Yurt belgesi ektedir)* ☐ Hayır
Odadaki kişi sayısını belirtiniz _____

Kiralık evde mi kalıyorsunuz? ☐ Evet *(Kira kontratı ektedir)* ☐ Hayır
Evde kaldığı kişi sayısı _____

Ailenizde üniversitede okumakta olan başka kimse var mı? ☐ Evet *(Belgesi ektedir)* ☐ Hayır

Şehit çocuğu musunuz? ☐ Evet *(Belgesi ektedir)* ☐ Hayır

Gazi çocuğu musunuz? ☐ Evet *(Belgesi ektedir)* ☐ Hayır

Anne / babanız birlikte mi ayrı mı yaşıyor? ☐ Ayrı *(Belgesi ektedir)* ☐ Birlikte

Lisanslı olarak bir sporla ilgileniyor musunuz? ☐ Evet *(Belgesi ektedir)* ☐ Hayır

** Bu alan Çağın Göz Hastanesi tarafından doldurulacaktır.*

Lütfen diğer sayfaya geçiniz. ☞

ÇAĞIN GÖZ HASTANESİ ÖĞRENCİ BURSUNUN NEDEN SİZE VERİLMESİ GEREKTİĞİNİ DÜŞÜNÜYORSUNUZ?

Saygılarımla

Tarih / İmza*

** İmzasız yapılan başvurular geçersiz sayılacaktır.*