|  |  |
| --- | --- |
|  | T.C. Karabük Üniversitesi  Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi  **DOSAP Proje Ekibi Beyan ve Taahhüt Formu** |

**1. PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ BİLGİLERİ\*:** Tüm alanlar eksiksiz doldurulmalıdır.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projenin Yürütücüsü** |  | | | |
| **Birimi, Bölümü, ABD** |  | | | |
| **Dahili Telefon** |  | **Mobil Telefon** | |  |
| **Proje Başlığı** |  | | | |
| **Doktora Mezuniyet Tarihi** |  | | | |
| **Doktora Sonrası Araştırmacı için talep edilen çalışma süresi (ay)** | | |  | |

\* Bu programa yalnızca KBÜ mensubu olup Profesör, Doçent ve Dr.Öğr.Üyesi kadrolarında bulunan öğretim üyeleri yürütücü olarak başvurabilir.

**2. DOKTORA SONRASI ARAŞTIRMACI BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | |  | | TC Kimlik No | |  | |
| Mobil Telefon | |  | | E-posta Adresi | |  | |
| **Araştırmacının Tamamladığı Eğitim Bilgileri** | | | | | | | |
| Tamamladığı Eğitim | | Doktora, Sanatta Yeterlik, Tıpta Uzmanlık, vb. belirtiniz. | | | | | |
| Üniversite/Kurum | |  | | | Mezuniyet Tarihi | |  |
| Tezin Başlığı | |  | | | | | |
| Tez Danışmanı | |  | | | | | |
| **Araştırmacı Bilgileri** | | | | | | | |
| Kronik bir hastalık veya sakatlığı var mı?, | | | ( ) Yok ( ) Var (**\***) | | | | |
| İdari ve Adli İnceleme, Soruşturma, Ceza veya Sicil Bilgileri | ( ) Hakkımda herhangi bir idari/adli inceleme veya soruşturma yürütülmemiştir.  ( ) Şahsıma verilmiş herhangi bir idari/adli ceza bulunmamaktadır.  ( ) Hakkımda açığa alma veya görevden uzaklaştırma işlemi yapılmamıştır.  Açıklama: yukarıdaki koşullardan sağlanmayan hususlar var açıklama ekleyiniz(**\***) | | | | | | |
| Araştırmacı SGK Kapsamında Ücretli Bir İşte çalışıyor mu?( ) Hayır ( ) Evet (**\***) | | | | | | | |
| İkamet Adresi: | | | | | | | |

(\*) Formun 3 nolu başlığı altında kapsamlı olarak açıklama ekleyiniz.

**2. PROJE EKİBİ TAAHHÜTLERİ:** Başvurusu yapılan proje kapsamında yerine getirmeyi taahhüt ettiğiniz çalışma ve/veya çıktıları belirtiniz. Aşağıda ilgili alanlarda yerine getirilmesi zorunlu olan minimum koşullar verilmiştir. Proje ekibi minimum koşulları sağlamayı taahhüt edebilir veya varsa ilave diğer taahhütlerini ilgili alanlarda belirtebilir. Desteklenmesine karar verilen başvurular için bu alanda verilen beyanlar, proje ekibi ve BAP Koordinasyon Birimi arasında imzalanacak sözleşmenin eki mahiyetinde kabul edilecektir.

|  |
| --- |
| **Yayınlar:** Yürütülecek proje kapsamında üretmeyi taahhüt ettiğiniz yayın türlerini, belirtiniz. |
| 1. Proje tamamlandıktan sonra en geç iki yıl içerisinde SCIE, SSCI veya AHCI indekslerinde taranan dergilerde yayınlanmak üzere başvurusu yapılmış ya da yayınlanmış en az bir (1) tam metin makale sunulacaktır. |

|  |
| --- |
| **Kurum Dışı Fonlanmış Projeler ve/veya Eş Finansman:** Yürütülecek araştırmalar kapsamında TÜBİTAK vb. ulusal/uluslararası organizasyonlara proje başvurusu yapılması, diğer üniversitelerden/kurumlardan finansman sağlanması vb. kapsamdaki taahhütleriniz hakkında bilgi veriniz. |
| 1. Projenin ilk 12 aylık döneminde panel raporu olan bir TÜBİTAK 1001 veya eşdeğeri proje başvurusu gerçekleştirilecektir. |

|  |
| --- |
| **Fikri ve Sınai Mülkiyet:** Yürütülecek araştırmalar kapsamında patent, faydalı model vb. tescile konu olabilecek buluş başvurusu yapılması planlanıyor ise bu kapsamda açıklama ekleyiniz. |
|  |

|  |
| --- |
| **Diğer Çıktı/Faaliyet Taahhütleri:** Yürütülecek araştırmalar kapsamında varsa diğer çıktı ve faaliyetlere yönelik taahhütleriniz hakkında bilgi veriniz. |
|  |

**3. PROJE EKİBİ AÇIKLAMALARI:** Bu formda verilen bilgiler ve/veya diğer hususlarda belirtmek istediğiniz açıklamaları bu alanda verebilirsiniz.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Proje Yürütücüsü Beyanı**  Destek başvurusunu KBÜ BAP Uygulama Yönergesi, BAP Koordinasyon Birimi Uygulama Esasları ve DOSAP Programı Uygulama Esasları kapsamında belirtilen ilkelere/koşullara uygun olarak gerçekleştirdiğimi, beyan ettiğim tüm bilgi ve belgelerin doğru olduğunu, faaliyet ve çalışmaları taahhütlerimize ve ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürüteceğimizi aksi takdirde ortaya çıkabilecek tüm yasal sorumlulukları üstlendiğimi beyan ederim. / /20..  Unvanı Adı Soyadı  İmza |
| **Doktora Sonrası Araştırmacı Beyanı**  Destek başvurusunu KBÜ BAP Uygulama Yönergesi, BAP Koordinasyon Birimi Uygulama Esasları ve DOSAP Programı Uygulama Esasları kapsamında belirtilen ilkelere/koşullara uygun olarak gerçekleştirdiğimi, beyan ettiğim tüm bilgi ve belgelerin doğru olduğunu, faaliyet ve çalışmaları taahhütlerimize ve ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürüteceğimizi aksi takdirde ortaya çıkabilecek tüm yasal sorumlulukları üstlendiğimi beyan ederim. / /20..  Adı Soyadı  İmza |