



Bu Program Türkiye Cumhuriyeti ve Avrupa Birliği tarafından ortak finanse edilmektedir.

EK-1

Yetkilendirilmiş Belgelendirme
Kuruluşu (YBK) Adı : MASFED Mesleki Yeterlilik Geliştirme Eğitim Sınav Belgelendirme Hizmetleri A.Ş. Aday Sıra No:.....

Kuruluş No: YBK-0108

Adaylar İçin Hibe Başvuru Formu (Bu form aday tarafından doldurulmalı ve imzalanmalıdır)			
Adayın Adı – Soyadı		Uyruğu :	
Doğum Yeri :		Doğum Tarihi :	
Cinsiyeti:	Erkek : <input type="checkbox"/> Kadın: <input type="checkbox"/>		
Eğitim Durumu:		Çalışma Durumu:	
Kimlik No/Pasaport No	Telefon Numarası	E-posta adresi	
Adresi:			
6 ay veya daha uzun süredir işsizim. (Son 6 aydır işsiz olduklarımı gösterir İŞKUR veya SGK'dan alınan resmi belge sunulması gereklidir)		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Engelliyim (Herhangi bir kamu hastanesinden temin edebilecekleri en az %40 engel durumunu gösterir sağlık raporu İŞKUR'da bulunan engelli kaydını gösterir belge veya Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden temin edilecek Engelli Kimlik Kartı sunulması gereklidir)		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Sınava Girilecek Ulusal Yeterlilik ve Yeterlilik Birimleri:			
Belge Yenileme	<input type="checkbox"/>		
İlk Belge	<input type="checkbox"/>		
UY Kodu ve Adı:			
UY Birim Kodları ve Sınav Türü:			
YBK'ya Sınav Ücreti Tarafınca Ödendi: NOT-1: (Bu soru, adayın sınav ücreti kendisi tarafından ödedi ise, “ Evet”; başka kişi/ kuruluş tarafından ödendi ise, “ Hayır” olarak işaretlenmelidir.)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Ödenen Sınav Ücreti (KDV Dahil) :TL
Hak Kazanılması Halinde Sınav Ücretinin İade Edileceği Banka Hesap Numarası: NOT-2: (Banka hesap bilgileri adayın sınav ücreti kim tarafından ödendi ise o kişi/ kuruluşa ait olmalıdır.)	IBAN No:	Banka Adı:	Hesap Sahibi Adı/Unvanı:
			Telefon Numarası:
Sınav Ücreti İçin Üçüncü Kişi veya Kuruluş Teminat Gösterdi: NOT-3: (Sınav ücreti için üçüncü kişi veya kuruluşlar tarafından teminat gösterilmesi durumunda yukarıdaki banka bilgileri boş bırakılacaktır.)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Üçüncü kişi veya Kuruluş Adı			
Başvuru Sahibinin Beyanı:			
İşbu formu doldurarak; 1. Avrupa Birliği ve Türkiye tarafından ortaklaşa fonlanan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Avrupa Birliği ve Mali Yardımlar Dairesi Başkanlığı'nın Sözleşme Makamı olarak yer aldığı ve MYK tarafından yürütülen “Belgelendirme İçin Doğrudan Hibe-II Desteği'nden yararlanmak için başvuruda bulunduğumu, 2. Bu başvurunun, AB hibesinden yararlanma konusunda kazanılmış hak doğurmayacağını bildiğimi, 3. Hibe Programından yararlanma konusunda YBK'ya yapılan başvurulardaki sıra numarasının esas alınacağını bildiğimi, 4. Tarafınca ödenen sınav ücretinin, ilan edilen süreler içerisinde yapılacak sınavlarda başarılı olmam ve belge almaya hak kazanmam halinde, hibe kuralları dâhilinde başvuru formunda belirtilen banka hesabıma iade edileceğinden haberdar olduğumu, 5.Sınav ücretini adıma bir başka kişi/kurum ödedi ise, geri ödeminin başvuru formunda belirtilen o kişi/ kurum banka hesabına yapılacağını bildiğimi, 6. MYK belge masraf karşılığının Hibe Programı kapsamında karşılanmayacağını, bu konudaki sorumluluğun tarafıma ait olduğunu bildiğimi, 7. Hibe desteğinden sadece 1 (bir) belgelendirme için yararlanabileceğimden haberdar olduğumu, 8. İşsizlik Fonundan faydalanmam durumunda aynı meslek ve yeterlilik seviyesinde Belgelendirme için Doğrudan Hibe Programından destek alamayacağımı bildiğimi,			



Bu Program Türkiye Cumhuriyeti ve Avrupa Birliği tarafından ortak finanse edilmektedir.

9. İşbu başvuru formunun 2 veya 3 nüsha olarak düzenlendiğini ve 1 (bir) nüshasını teslim aldığımı, adıma sınav ücretini başka kişi/kurum ödedi ise bu belgeden 2 (iki) nüsha alarak 1 (bir) nüshayı bu kişi/kuruma vereceğimi, Beyan ve taahhüt ederim.

Adayın Adı-Soyadı:		(Aday İmzası ve Tarih) Okudum, Anladım) .../.../20...
İşbu aday başvuru formunda bildirilen bilgilerin MYK ile yapılan protokol ve hibe kuralları kapsamında kontrol edildiğini ve doğruluğunu beyan ederim.		
YBK Yetkilisinin Adı-Soyadı: Tarih/Saat: .../.../20...	YBK Kaşe-İmza:	