

ANNEX A: ESPAD 2025 Scientific Research Application Form

DOI: 10.70020/BI.20250101.A1

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU

Araştırmanın Başlığı	
.....	
.....	
Araştırmanın Türü	Tez Danışmanı
<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi	<input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma
<input type="checkbox"/> Doktora Tezi	<input type="checkbox"/> Kurumsal Araştırma
<input type="checkbox"/> Diğer:	Adı Soyadı :
	Telefon :
	E-Posta :

Araştırma Sorumlusu (Başvuruda Bulunan)			
Adı Soyadı :	Araştırmanın Hangi		
Mesleği :	Üniversite/Kuruma :		
E-Posta :	Bağlı Olarak Yapılacağı		
Yazışma Adresi :	Telefon :		
Diğer Araştırmacıların (Varsa)			
Adı Soyadı	Mesleği	Çalıştığı Kurum	Telefon
1- .....	.....	.....	.....
2- .....	.....	.....	.....
3- .....	.....	.....	.....
4- .....	.....	.....	.....
5- .....	.....	.....	.....

Veri Toplama (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)	
Araştırmanın Yapılacağı Eğitim Kademesi ve Okulları	Araştırma Grubu Katılımcıları
<input type="checkbox"/> Okul Öncesi	<input type="checkbox"/> Öğrenciler
<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Bakanlık Çalışanları
<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Öğretmenler
<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Okul Yöneticileri
	<input type="checkbox"/> Diğer:
Veri Toplama Aracı	Ön Görülen Katılımcı Sayısı
<input type="checkbox"/> Anket	.....
<input type="checkbox"/> Görüşme	.....
<input type="checkbox"/> Ölçek	.....
<input type="checkbox"/> Gözlem	.....
<input type="checkbox"/> Envanter	.....
<input type="checkbox"/> Diğer:	.....
	Görüntü ve ses kaydı yapılacak mı?

KKTC Millî Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Dairesi Bilimsel Araştırma Uygunluk Yönergesini okuduğumu, anladığımı ve yukarıda formda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı :

Tarih: ____/____/____

(İmza)

English Translation of ESPAD 2025 Scientific Research Application Form

SCIENTIFIC RESEARCH APPLICATION FORM

Title of the Research	
Type of Research <input type="checkbox"/> Master's Thesis <input type="checkbox"/> Doctoral Thesis <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Individual Research <input type="checkbox"/> Institutional Research	Thesis Supervisor Full Name: _____ Telephone: _____ E-mail: _____
Principal Investigator (Applicant) Full Name: _____ Profession: _____ E-mail: _____ Correspondence Address: _____ University/Institution Where the Research Will Be Conducted: _____ Affiliated Institution: _____ Telephone: _____	
Other Researchers (If Any) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
Data Collection (Multiple options may be selected)	
Educational Level(s): <input type="checkbox"/> Pre-school <input type="checkbox"/> Primary <input type="checkbox"/> Secondary <input type="checkbox"/> High School	Participants: <input type="checkbox"/> Students <input type="checkbox"/> Teachers <input type="checkbox"/> School Administrators <input type="checkbox"/> Ministry Staff <input type="checkbox"/> Individuals with Special Needs <input type="checkbox"/> Other
Data Collection Tools: <input type="checkbox"/> Questionnaire <input type="checkbox"/> Scale <input type="checkbox"/> Inventory <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/> Observation <input type="checkbox"/> Other	Expected Number of Participants: _____ Will audio and/or video recording be conducted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

I hereby declare that I have read and understood the Scientific Research Implementation Regulation of the TRNC Ministry of National Education, Board of Education and Training, and that the information provided in this form is accurate.

Full Name: _____ Signature: _____

Date: ___/___/___