| **ÖĞRENCİNİN** | **Adı** |  |
| --- | --- | --- |
| **Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **MESLEKİ UYGULAMA** | **Türü** |  |
| **Süresi (İş Günü)** |  |
| **Mesleki Uygulama Başlama ve Bitiş Tarihi** | ....../....../....... - ....../....../....... |
| Yukarıda belirtilen tarihler arasında …….. iş günlük mesleki uygulamamı yapacağım.  Mesleki uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili üniversite birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.  ...../....../........  Öğrenci İmza  Yukarıda kimliği verilen bölümümüzde/programımızda kayıtlı öğrencimiz belirtilen iş günü kadar mesleki uygulama yapacaktır. Öğrencimizin işyerinizde yapacağı mesleki uygulama süresince, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği, **İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası** Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.  Bilgilerinize arz/rica eder, öğrencimizin eğitimine sağladığınız değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.  (İmza) (İmza) (Onay)  Klinik Uygulama Koordinatörü Bölüm Başkanı Dekan | | |

| **İŞ YERİNİN** | **Unvanı** |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresi** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **Faks Numarası** |  |
| **İş Yeri Sicil Numarası** |  |
| **İş Yeri Vergi Numarası** |  |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** |  |
| **E-posta adresi** |  |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** |  |
| Yukarıda Adı, Soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin, ilgili tarihlerde iş yerimizde mesleki uygulama yapması uygun görülmüştür. | | |
| **SAĞLIK KURUMU YETKİLİSİNİN**  Adı Soyadı  (Unvanı) | | |
| **UYGUNDUR**  **…../…../…..**  **Klinik Uygulama Koordinatörü** | | |
| **Not:**  ***1. Öğrenci, Mesleki Uygulama Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden Üniversitenin ilgili birimine teslim etmek zorundadır.***  ***2. Mesleki Uygulama Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci staja başlayamaz. Başvurusu uygun görülmeyen öğrencinin yapacağı mesleki uygulama kabul edilmez.*** | | |

**REVİZYON BİLGİLERİ**

| Revizyon  No | Revizyon  Tarihi | Revizyon Açıklaması |
| --- | --- | --- |
| 0 | - | İlk yayın. |
|  |  |  |