|  |
| --- |
| **MESLEKİ UYGULAMA BAŞVURU VE KABUL FORMU****ÖĞRENCİNİN** |
| Adı ve Soyadı : |
| Bölümü-Sınıfı : |
| Öğrenci Numarası : |
| T.C. Kimlik Numarası: |
| Telefon :……………………………. GSM: (….....)…………………………………………. e-mail:…………………………………….. |
| **MESLEKİ UYGULAMA YAPACAĞI DERSİN ADI:** |
| **MESLEKİ UYGULAMA YAPACAĞI HASTANE:** |
| **Süresi ( İş Günü )** : 20 iş günü |
| **Mesleki uygulama Başlama Tarihi :** ......... / …….… /….…… |
| **Mesleki uygulama Bitiş Tarihi :** ......... / …….… /….…… |
|  …....../..…../……………………………………………………**BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**Yukarıda belirtilen tarihler arasında …………………. iş günü mesleki uygulamamı yapmak istiyorum. Mesleki uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerini veya mesleki uygulamadan vazgeçmem halinde en az 1 (bir ) hafta önceden Fakülte Dekanlığına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim. **Öğrencinin imzası** |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen ………………… Bölümü öğrencisin …...........…………………………………………..kurumunda belirtilen iş günü kadar mesleki uygulama yapması uygundur.Gereğini bilgilerinize arz ederim.**…………………………………………** **Bölüm Başkanı** |
| …………………………………………………………………….……………………..**BAŞHEKİMLİĞİNE**Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Fakültemiz …………..……...….Bölümü ..…... sınıf öğrencisi ……..…/………../….……. - ………./….….../…....…. tarihleri arasında………………..………………………………………………………………..……. kurumunda zorunlu mesleki uygulama yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87.maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak mesleki uygulama yapacağı döneme ilişkin **20** İş günü “**iş kazası ve meslek hastalığı**” sigortası primi kurumumuz Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Rektörlüğü tarafından ödenecektir. Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür.ilgili öğrencinin kurumunuzda/kuruluşunuzda mesleki uygulama yapmasını olurlarınıza arz/rica ederim **Fakülte Dekanı** |
|  …..…./…….../……...**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin …..…./……..…/………. - ………/..……. /…….…. tarihlerinde kurumumuzda/ kuruluşumuzda mesleki uygulama yapması uygun görülmüştür.Bilgilerinizi arz / rica ederim KURUM YETKİLİSİNİN Adı Soyadı (Ünvanı) Mühür ve İmza |