



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
YAZ UYGULAMASI BAŞVURU FORMU  
İLGİLİ MAKAMA

Fotoğraf

Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar yaz uygulaması yapma zorunluluğu vardır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin yaz uygulamasını 15 iş günü kurumunuzda yapmasını uygun görmeniz halinde formun üçüncü bölümünü doldurup onaylayarak bir nüshasını öğrencimize iade etmeniz hususunda gereğini arz eder, öğrencimizin kurumunuzda yaz uygulaması yapmasına göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

### 1. ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı		TC. Kimlik No	
Öğrenci No		Doğum Yeri/Tarihi	
Sınıfı		E-Posta Adresi	
Programı		Telefon No	
İkametgâh Adresi			
Ailesine Bağlı Genel Sağlık Sigorta Kapsamına Dahil mi? Evet ( ) Hayır ( )	TC. Vatandaşı Değilse Uyuğu		

### 2. YAZ UYGULAMASI YAPILACAK YER

Adı			
Adresi			
Hizmet Alanı/Servis			
Telefon No		Fax No	
E-Posta Adresi		Web Adresi	
Uygulama Başlama Tarihi		Süresi (Gün)	
Uygulama Bitiş Tarihi			

### 3. KURUM/KURULUŞ/İŞ YERİ YETKİLİSİ

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinizin 15 iş günü yaz uygulamasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.			
Adı Soyadı		İmza/Kaşe	
Görev ve Unvanı			
E-Posta Adresi			
Klinik Uygulama Yaptırılacak Birim			
Tarih			

### 4. ONAYLAR

Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, klinik uygulama yapacağımı aksi halde 5510 sayılı kanın gereği cezai hükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim. (Öğrencinin Adı Soyadı İmzası ve Tarih)  ...../...../202..	YAZ UYGULAMASI KOMİSYON YETKİLİSİ (Ders Sorumlusu/Öğretim Üyesi Adı Soyadı İmzası ve Tarih)  ...../...../202..	SGK GİRİŞ ONAYI Yaz uygulaması süresi boyunca SGK kapsamında öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Fakültemiz tarafından yapılacaktır. (Fakülte Sekreteri Adı Soyadı İmzası ve Tarih)  ...../...../202..
--	---	--