



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU FORMU**  
**İLGİLİ MAKAMA**

Fotoğraf

Sağlık Bilimleri Fakültesi .....Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar klinik uygulama yapma zorunluluğu vardır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin klinik uygulamasını .....iş günü kurumunuzda yapmasını uygun görmemiz halinde formun 3.bölümünü doldurup onaylayarak 1nüshasını öğrencimize iade etmeniz hususunda gereğini arz eder, öğrencimizin kurumunuzda klinik uygulama 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.KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK YER**

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

**3.KURUM/KURULUŞ/İŞ YERİ YETKİLİSİ**

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinizin ..... iş günü klinik uygulamayı 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. (ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI İMZASI VE TARİH)  ...../...../	KLİNİK UYGULAMA KOMİSYON YETKİLİSİ	SGK İŞE GİRİŞ ONAYI
		Klinik uygulama süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Fakültemiz tarafından yapılacaktır.  ...../...../

**\*Bu formun yalnızca mesleki uygulama derslerini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesinde alacak olan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri tarafından doldurularak, staj belgeleri ile birlikte dersin uygulama sorumlusuna /koordinatörüne teslim edilmesi gerekmektedir.**