SİVAS 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 görmeniz halinde formun üçüncü bölümünü doldurup onaylayarak bir nüshasını 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 Uyruğu

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 Sivas 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.