



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?<br>Evet ( ) Hayır ( ) | TC. Vatandaşı Değilse Uyuşu |                   |  |

### 2. KLİNİK UYGULAMA 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 ..... 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 kanun gereği cezai hükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.<br>(Öğrencinin Adı Soyadı İmzası ve Tarih)<br><br>...../...../202.. | KLİNİK UYGULAMA<br>KOMİSYON YETKİLİSİ<br>(Ders Sorumlusu/Öğretim Üyesi<br>Adı Soyadı İmzası ve Tarih)<br><br>...../...../202.. | SGK İŞE GİRİŞ ONAYI<br><br>Klinik uygulama süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Fakültemiz tarafından yapılacaktır.<br>(Fakülte Sekreteri Adı Soyadı İmzası ve Tarih)<br><br>...../...../202.. |
|--|--|--|

*\*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.*