T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

İlgili Makama,

Üniversitemiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu programlarına kayıtlı öğrenim gören 1/2. Sınıf öğrencileri 20..-20.. öğretim yılı güz döneminde Yüksekokulumuz Yönetim Kurulunca tespit edilmiş tarihler arasında klinik uygulaması yapmaları gerekmektedir.

Fotoğraf

5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi Sosyal Güvenlik Kurumunun 2011/36 sayılı genelgesi gereğince, zorunlu staja/klinik uygulamaya tabi tutulan öğrencinin işe giriş bildirgesi, aylık prim ve hizmet belgesi (İş kazası ve meslek hastalıkları) işlemleri üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin, ../../… /../…. tarihleri arasında kurumunuzun ilgili

birimlerinde dönem uygulamalarını yapabilmeleri hususunda gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Doç.Dr.Mustafa GÜLŞEN Müdür

|  |
| --- |
| ***ÖĞRENCİNİN*** |
| T.C. Kimlik Numarası |  |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenim Gördüğü Program Adı |  |
| Öğrenci No |  |
| Cep Telefonu |  |
| E-Mail Adresi |  |
| İkametgâh Adresi |  |

|  |
| --- |
| ***ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ*** |
| Soyadı |  | Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl |  |
| Adı |  | İlçe |  |
| Baba Adı |  | Mahalle-Köy |  |
| Ana Adı |  | Cilt No |  |
| Doğum Yeri |  | Aile Sıra No |  |
| Doğum Tarihi |  | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| T.C. Kimlik No |  | Veriliş Nedeni |  |
| N. Cüzdan Seri No. |  | Veriliş Tarihi |  |

|  |
| --- |
| ***DÖNEM UYGULAMASI YAPILACAK OLAN KURUMUN*** |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Telefonu |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ÖĞRENCİNİN İMZASI*** | ***ÖĞRENCİ DANIŞMAN ONAYI*** | ***KURUM ONAYI*** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. / /2022Öğrecinin Adı-Soyadı İmza | Öğrencinin bildirdiği kurum dönem uygulaması yapması uygundur./ /2022Yetkilinin Adı-Soyadı İmza | Yüksekokulunuz öğrencisininkurumumuzda belirtilen tarihler arasında Dönem uygulaması yapması uygun bulunmuştur. / /2022Yetkilinin Adı-Soyadı İmza-Kaşe |

Kişisel verileriniz , 6698 sayılı KVKK kapsamında işlenmektedir.