

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜZ DÖNEMİ
DÖNEM UYGULAMASI BAŞVURU FORMU



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.
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.

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. / /20	Öğrencinin bildirdiği kurum dönem uygulaması yapması uygundur. / /20	Yüksekokulunuz öğrencisinin kurumunuzda belirtilen tarihler arasında Dönem uygulaması yapması uygun bulunmuştur. / /20
Öğrencinin Adı-Soyadı İmza	Yetkilinin Adı-Soyadı İmza	Yetkilinin Adı-Soyadı İmza-Kaşe

Kişisel verileriniz , 6698 sayılı KVKK kapsamında işlenmektedir.