# ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C Kimlik Numarası |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Sınıf/Şube |  |
| Telefon |  |
| E-Posta |  |
| Uygulamalı Eğitim Başlangıç Tarihi …/…../….. | Uygulamalı Eğitim Bitiş Tarihi ../…../… |
| Aşağıda bilgileri yer alan…………………………………….…. Bölümü öğrencimiz Zorunlu Uygulamalı Ders kapsamında kurumunuzda uygulama yapmak istemektedir. Öğrenci, Yükseköğretim Kurumları Çerçeve Yönetmeliği’ne uygun olarak “Uygulamalı Ders” kapsamında uygulamaya çıktığı süre boyunca, ilgili yönetmeliğin 14. Maddesinin beşinci fıkrasına göre, 5510 sayılı Kanunun 6. maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında sigortalı sayılmamakta olup, işletmede uygulamaya gelen öğrencilerin iş kazası ve meslek hastalığı sigortası bulunmayanların her türlü sorumluluğu öğrenciye aittir. |
| Öğrenci Adı Soyad:**……………………………………………….** | Tarih:……/……../…… | İmzası: |

**ÜNİVERSİTE ADINA**

**UYGULAMALI DERS KOORDİNATÖR ONAYI**

**DEKANLIK ONAYI**

Prof. Dr. Arzu İRBAN

Dekan

Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin **Yükseköğretim Kurumları Çerçeve Yönetmeliği’** kapsamında “**Uygulamalı Ders”** kapsamında uygulamaya çıkması uygun görülmüştür.

# UYGULAMALI EĞİTİM KURUMU

|  |  |
| --- | --- |
| Kurum Adı |  |
| Yetkilinin Adı Soyadı |  |
| Yetkilinin E-posta adresi |  |
| Tel/Faks Numarası |  |
| Yukarıda açık kimliği belirtilen öğrencinin ilgili tarihlerde iş yerimizde **Yükseköğretim Kurumları Çerçeve Yönetmeliği’ne uygun olarak “Uygulamalı Ders”** yapması uygungörülmüştür. İş kazası olma durumunda imza karşılığı öğrenciye teslim edilmiş olan “Olay Tespit Tutanağı (Uygulamalı Ders Sırasında)” doldurularak öğrencinin kendi GSS’nı kullanarak işlemleri yürüteceğimi taahhüt ederim. **İŞLETME ONAYI**Kurum Kaşesi Tarih ve İmza |

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıbbiye Cad. No:38 34688 Üsküdar/İSTANBUL Mail: sbf@sbu.edu.tr Tel: 0216 777 8 77 (Dahili: 2604)