



YAZ KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU FORMU

Doküman No	SBF-FR-54
Yayın Tarihi	05.08.2021
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	1 / 1

İLGİLİ MAKAMA

Fakültemizbölümü öğrencisi iş günü süre ile kurumunuzda/işyerinizde staj yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, **Yaz Klinik Uygulaması** süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin **Yaz Klinik Uygulamasının** kurumunuzda/işyerinizde yapılmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

Bölüm Başkanı

ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı		Sınıf	
Öğrenci No		Telefon No	
e-posta			
İkametgah Adresi			
	Ailemden Annem/Babam/Şahsım üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.		
	Ailemden Annem/Babam/Şahsım üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum		

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

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

YAZ KLİNİK UYGULAMASI YAPILACAK KURUM/İŞYERİ BİLGİLERİ

Kurumun/İşyerinin Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
Telefon No		Faks No	
e-posta		Web Adresi	
Başlama Tarihi		Bitiş tarihi	Süresi (iş günü)

ÖĞRENCİ BEYAN VE İMZASI

KOMİSYON ONAYI

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87. Maddesi 5/b bendi gereğince zorunlu Yaz Klinik Uygulamasını yaparken sigortalı sayılmamdan dolayı iş kazası-meslek hastalığının meydana gelmesi halinde tüm resmi belge ve tutanaklar ile varsa hastaneden alınan iş görmezlik raporunu 1 iş günü içinde Bölüm Başkanlığına ve staj komisyonuna bildireceğimi belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, Yaz Klinik Uygulamasını kendi isteğimle belirtilen tarihler arasında ve belirtilen yerde yapacağımı beyan, kabul ve taahhüt ederim.	Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda yaz klinik uygulaması yapması uygun görülmüştür / görülmemiştir. İmza: Tarih:
İmza: Tarih:	

YAZ KLİNİK UYGULAMASI YAPILACAK KURUMUN / İŞYERİNİN YETKİLİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		Kaşe/İmza/Tarih)
Görev ve Unvanı		
GSM/e-posta		