**İLGİLİ MAKAMA**

Fakültemiz **…………**bölümü 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 yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

 **Bölüm Başkanı**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Öğrenci No** |  | **Sınıf**  |  |
| **e-posta** |  | **Telefon No** |  |
| **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** | **KOMISYON 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 İ**ş 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. İmza: Tarih: | Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda yaz klinik uygulaması yapması uygun görülmüştür / görülmemiştir.İmza: Tarih: |

|  |
| --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMASI YAPILACAK KURUMUN / İŞYERİNİN YETKİLİ BİLGİLERİ**  |
| **Adı Soyadı** |  | Kaşe/İmza/Tarih) |
| **Görev ve Unvanı** |  |
| **GSM/e-posta** |  |