|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ** | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | |
| **Öğrenci No** |  | **e-posta** |  |
| **Sınıf** |  | **Telefon No** |  |
| **İkametgâh Adresi** |  | | |
| **Klinik Uygulama** | **☐** Yaz Klinik Uygulama I **☐** Yaz Klinik Uygulama II | | |
| Fakülteniz …… sınıf ………………………no’lu öğrencisiyim. 20..-20.. **YAZ KLİNİK UYGULAMA** kapsamında yukarıda belirtilen klinik/saha uygulamamı sorumlu rehber hemşire gözetiminde gerçekleştirebilmem için gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.  Tarih/İmza: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK KURUM BİLGİLERİ** | | | | | | |
| **Kurumun Adı** | |  | | | | |
| **Adresi** | |  | | | | |
| **Uygulama Yapılacak Birim/Bölüm/Servis** | |  | | | | |
| **Telefon No** | |  | | **Faks No** |  | |
| **e-posta** | |  | | **Web Adresi** |  | |
| **Başlama Tarihi** |  | | **Bitiş tarihi** |  | **Süresi (iş günü)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BEYAN VE İMZASI** | **KOMISYON ONAYI/AKADEMİK DANIŞMAN** |
| 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesi 5/b bendi gereğince zorunlu Yaz Klinik Uygulamasını yaparken sigortalı sayılmamdan dolayı İş 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 komisyonuna bildireceğimi belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, Yaz Klinik Uygulamasını *belirtilen tarihler arasında kabul onayı alarak sorumlu rehber hemşire gözetiminde belirtilen yerde yapacağımı* beyan, kabul ve taahhüt ederim.  **Tarih: İmza:** | Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda zorunlu yaz klinik uygulaması yapması  **☐** Uygun görülmüştür  **☐** Uygun görülmemiştir  **İmza: Tarih:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMA KABUL ONAY BİLGİSİ** | | |
| **KURUMUN YETKİLİ BİLGİLERİ** | | |
| **Adı Soyadı** |  | (Kaşe/İmza/Tarih) |
| **Görev ve Unvanı** |  |
| **GSM/e-posta** |  |

*\*Bu sözleşme iki nüsha halinde düzenlenecek olup bir nüshası Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığında kalacak, bir nüsha zorunlu yaz klinik/saha uygulamasına başlarken ilgili öğrenci tarafından uygulama yapılan kuruma teslim edilecektir.*