**T.C.**

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**Sayı :** 304.03/001 ...../…../……….

**Konu :** Mesleki Uygulama Başvuru Formu.

**İLGİLİ MAKAMA**

1. Fakültemizin aşağıda detay bilgileri bulunan öğrencisi, kurumunuzda **gönüllü** olarak mesleki uygulama yapmak istemektedir.
2. 5510 sayılı Kanun gereğince; mesleki uygulama yapacak öğrencimizin, mesleki uygulama yaptığı sürelerdeki “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası”, kurumumuzca yaptırılacak ve primleri kurumumuzca ödenecektir.
3. Söz konusu öğrencinin, kurumunuzda mesleki uygulama yapmasının uygun görülmesi hâlinde, aşağıdaki kurum onay bölümünün onaylanmasını arz/rica ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………….…  Bölüm Başkanı | Prof. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN  Dekan Yardımcısı |

**MESLEKİ UYGULAMAYA AİT BİLGİLER**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Öğrencinin Adı Soyadı | : |  | | | | Öğrencinin İmzası |
| T.C.Kimlik No. | : |  | | | |  |
| Bölümü | : |  | | | |
| Kurum Adı | : | | | | | |
| Mesleki Uygulama Başlangıç Tarihi | | | : | …..../…../… | KURUM ONAY  Kaşe imza | |
| Mesleki Uygulama Bitiş Tarihi | | | : | ....../…../…… |
| Haftalık Uygulama Gün Sayısı | | | : |  |
| Mesleki Uygulama Yapılacak Günler | | | : |  |
| Toplam Gün Sayısı | | | : |  |