# ATILIM ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

**ZORUNLU UYGULMALI EĞİTİM FORMU**

**…../…./….**

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimizin haftada …… saat uygulamalı eğitim alma zorunluluğu vardır. Öğrencimizin kurumunuzda alacağı uygulamalı eğitim talebinin değerlendirilerek uygun bulunması halinde aşağıda iş yeri bilgileri kısmının doldurulup onaylanarak tarafımıza öğrencimiz ile veya posta yoluyla ulaştırılması hususunda göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

**Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | | | |
| Adı ve Soyadı |  | Uygulamalı Eğitimin Yapılacağı Ders Döneminin Başlama ve BitişTarihleri\* | Resim Yapıştırarak |
| T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  |  |
| .…**/**.....**/**…. - .....**/**.....**/**…. | Öğrenci işleri |
| Okuduğu Program |  |
|  | bürosuna |
| Telefon No |  |  |
| e-posta Adresi |  | | Onaylatınız |
| İkamet Adresi  (**Staj Yapacağı Yerdeki )** |  | | |

* **NOT : Staj Tarihleri kesinlikle boş bırakılmayacaktır.**

# İŞ YERİNDE UYGULAMALI EĞİTİM KABUL FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| **UYGULAMALI EĞİTİM FAALİYETİNİN YÜRÜTÜLECEĞİ İŞYERİ BİLGİLERİ VE ONAYI**  **(Bu bölüm hastane başhekimi veya kurum mesul müdürü tarafından doldurulacaktır)** | |
| İş Yerinin Adı |  |
| Adresi |  |
| Eğitim Sürecinin Sürdürüleceği Birim Adı |  |
| Tel: ……………………………… Faks: ……………………………… e-mail: ………………………………………………………………….. | |
| İşyeri Onayı | Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin işyerimizde uygulamalı eğitim alması uygundur / uygun değildir.  (imza)  ……./……./….  (Adı Soyadı) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin İmzası** | **Uygulamalı Eğitim Komisyonunun Onayı** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan ya da ilgili iş yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal yaptırımları kabul ediyorum.  Uygulamalı eğitim evrakımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.  Adı Soyadı : Tarih :  İmza : | Uygulamalı Eğitim için ilgili iş yeri uygundur / uygun değildir.  (imza)  ……./……./….  (Adı Soyadı) |
| * Not: **Bu form fotokopi olmayan 3 asıl nüsha** olarak hazırlanır ve birisi ilgili işyerine, birisi de Atılım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu uygulamalı eğitim ve staj birimine nüfus cüzdanı fotokopisi ile birlikte teslim edilir. Yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu uygulamalı eğitime tabi tutulan öğrencilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında, uygulamalı eğitimleri süresince ödenmesi gereken **iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi üniversitemiz tarafından ödenecektir.** | |

**Atılım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

**Adres :** Ahlatlıbel Mahallesi 1835. Cadde No:5, 06805 Çankaya/Ankara

**Telefon:** 0312 5866900