|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **………………………………..………………….……...……….. BÖLÜM/ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**   |  | | --- | | **YAZ DÖNEMİ MESLEKİ UYGULAMA BAŞVURU VE KABUL FORMU**  **ÖĞRENCİNİN** | | Adı ve Soyadı : | | Bölümü-Sınıfı : | | Öğrenci Numarası : | | T.C. Kimlik Numarası: | | Telefon :……………………………. GSM: (….....)…………………………………………. e-mail:…………………………………….. | | **MESLEKİ UYGULAMA YAPACAĞI DERSİN ADI:** | | **MESLEKİ UYGULAMA YAPACAĞI HASTANE:** | | **Süresi ( İş Günü )** : …….. iş günü | | **Mesleki uygulama Başlama Tarihi :** ......... / …….… /….…… | | **Mesleki uygulama Bitiş Tarihi :** ......... / …….… /….…… | | …....../..…../………  ……………………………………………**BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**  Yukarıda belirtilen tarihler arasında …………………. iş günlük yaz dönemi mesleki uygulamamı yapmak istiyorum. Mesleki uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerini veya mesleki uygulamadan vazgeçmem halinde en az 1 (bir ) hafta önceden Yüksekokul Müdürlüğüne bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.  **Öğrencinin imzası** | | **SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen ……………………………………………………….…… Bölümü öğrencisin …...........…………………………………………..... Hastanesi’nde belirtilen iş günü kadar yaz dönemi mesleki uygulama yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.  **…………………………………………**  **Bölüm Başkanı** | | …………………………………………………………………….……………………..**BAŞHEKİMLİĞİNE**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Yüksekokulumuz …………..………………………….…………………...................….Bölümü ..…... sınıf öğrencisi ……..…/………../….……. - ………./….….../…....…. tarihleri arasında ………………..………………………………………………………………..……. Hastanesi’nde zorunlu yaz dönemi mesleki uygulama yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87.maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak mesleki uygulama yapacağı döneme ilişkin **………** İş günü “**iş kazası ve meslek hastalığı**” sigortası primi kurumumuz Harran Üniversitesi Rektörlüğü tarafından ödenecektir. Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür  İlgili öğrencinin kurumunuzda/kuruluşunuzda yaz dönemi mesleki uygulama yapmasını olurlarınıza arz/rica ederim.  **Yüksekokul Müdürü** | | **SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE** Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin …..…./……..…/………. - ………/..……. /…….…. tarihlerinde kurumumuzda/ kuruluşumuzda yaz dönemi mesleki uygulama yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi arz / rica ederim  KURUM YETKİLİSİNİN  Adı Soyadı  (Ünvanı)  Mühür ve İmza | |