|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | T.C.  Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  **Mesleki Uygulama Başvuru Formu** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN ADRES KAYIT BİLGİLERİ** | | **T.C.Kimlik No.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adı-Soyadı |  | Öğrenci No/Sınıf |  | | | | | | | | | | |
| Bulvar |  | Cadde |  | | | | | | | | | | |
| Sokak |  | Mahalle/Semt |  | | | | | | | | | | |
| Dış Kapı |  | İç Kapı |  | | | | | | | | | | |
| İli |  | İlçe |  | | | | | | | | | | |
| Köy |  | Posta Kodu |  | | | | | | | | | | |
| Ev Telefonu |  | Cep Telefonu |  | | | | | | | | | | |
| e-posta : |  |  |  | | | | | | | | | | |

**UYGULAMA YAPILAN YERİN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | | | |
| Adresi |  | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | |
| Telefon No |  | | Faks No. |  | |
| e-posta : |  | | Web Adresi |  | |
| Staja Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi (gün) |  |

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soyadı |  | | Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl | |  |
| Adı |  | | İlçe | |  |
| Baba Adı |  | | Mahalle- Köy | |  |
| Ana Adı |  | | Cilt No | |  |
| Doğum Yeri |  | | Aile Sıra No | |  |
| Doğum Tarihi |  | | Sıra No | |  |
| T.C.Kimlik No |  | | Verildiği Nüfus Dairesi | |  |
| N.Cüzdan Seri No |  | | Veriliş Nedeni | |  |
| Sağlık güvencesi Var | Anne Baba Üzerinden | | |  | | --- | |  | | |  |
|  | Kendisi GSS | | |  | | --- | |  | | |  |
| **ÖĞRENCİ İMZASI** | | **BÖLÜM BAŞKANLIĞININ UYGUNLUĞU** | | **MESLEKİ UYGULAMA KOMİSYONUNUN ONAYI** | |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir,uygulama yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili uygulama evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim  Tarih: | | Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin belirtilen işyerinde ve sürede uygulamasının bir kısmını yapması uygun görülmüştür.  Tarih: | | Yukarıda kimlik bilgileri verilen, belirtilen tarihlerde ve işyerinde uygulamasının bir kısmını yapması uygun görülen öğrenciye ilişkin sigorta işlemleri, 5510 sayılı yasaya göre, Üniversitemiz tarafından yapılmak üzere sıraya alınmıştır.  Tarih: | |

**ÖNEMLİ NOT**:

1-**İş kazası geçiren öğrencilerin aynı gün bölümlerine bilgi verme zorunluluğu bulunmaktadır.**

2-Öğrencinin bu formu, mesleki uygulamaya başlamadan, bölümünün belirleyeceği tarihe kadar bağlı bulunduğu mesleki uygulama komisyonuna teslim etmesi zorunludur. **Bu form 1 asıl kopya olarak (**fotokopi değil**) hazırlanır.**

|  |
| --- |
|  |