**Ek 1: Sosyal Hizmet Uygulaması Başvuru Formu**

****

Fotoğraf

 **T.C. BURDUR**

 **MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**

 **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi**

 **Sosyal Hizmet Uygulaması**

**Başvuru Formu**

 **İLGİLİ MAKAMA**

Fakültemiz sosyal hizmetbölümü öğrencisi **……..** iş günü süre ile kurumunuzda/işyerinizde Sosyal Hizmet Uygulaması kapsamında uygulama yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, uygulama süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin uygulamasını kurumunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

**……………………………………..**

**Bölüm Başkanı**

**Öğrencinin Bilgileri**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenci No |  | Sınıf |  |
| e-posta |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi |  |

**Öğrencinin Nüfus Bilgileri**

|  |  |
| --- | --- |
| T.C. Kimlik No |  |
| Adı |  |
| Soyadı |  |
| Baba Adı |  |
| Ana Adı |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi |  |

**Uygulama Yapılacak Kurum/İşyeri Bilgileri**

|  |  |
| --- | --- |
| Kurumun/İşyerinin Adı |  |
| Adresi |  |
| Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Faks No |  |
| e-posta |  | Web Adresi |  |
| Uygulamaya Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi (iş günü) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrenci̇ni̇n İmzası** | **Sosyal Hizmet Uygulaması Komisyonu Bşk. Onayı** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu ayrıca uygulamayı belirtilen tarihler arasında ve belirtilen yerde yapacağımı taahhüt ederim.İmza:Tarih: | Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda uygulama yapması uygun görülmüştür / görülmemiştir.İmza:Tarih: |

**Uygulama Yapılacak Kurumun / İşyerinin Yetkili Bilgileri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | (Kaşe/İmza/Tarih) |
| Görev ve Unvanı |  |

 **Ek 2: Uygulama Başvuru Sözleşmesi**

****

**T.C.**

 **BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**

 **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi**

 **Sosyal Hizmet Bölümü**

 **Sosyal Hizmet Uygulaması Başvuru Sözleşmesi**

 **Uygulama Yapacak Öğrencinin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: |  | **Fotoğraf** |
| TC. Kimlik No: |  |
| Baba Adı: |  |
| Anne Adı: |  |
| Doğum Yeri/Tarihi: |  |
| Telefon No: |  |
| İkametgâh Adresi |  |
| Öğrencinin SGK güvencesi olup olmadığı | Kendisi | Baba | Anne | Diğer | Yok |
|  |  |  |  |  |
|  |
| Öğrenci No |  |
| Uygulama Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  |
| Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan ya da uygulama kurum/kuruluşuna gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi ve belirtilen tarihler arasında Sosyal Hizmet Uygulaması kapsamında uygulama yapacağımı taahhüt ederim. **Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih ve İmza:** |

 **Uygulama Yapılacak Yerin**

|  |  |
| --- | --- |
| Uygulama Yapılacak Yer: |  |
| Adres: |  |
| Tel. No: |  | Faks No: |  | E-posta:  |  |
| Hizmet Alanı: |  |

**Not:** İşyeri tarafından öğrencinin uygulama yapacağı sürenin tamamını kapsayacak şekilde doldurulmalıdır.

|  |  |
| --- | --- |
| **DEKAN****Tarih: ……/……/ 20…** | **UYGULAMA YERİ SORUMLUSUNUN VEYA VEKİLİNİN ONAYI****Tarih: ……/……/ 20…** |