

	Doküman Adı	Doküman No	MAKÜ İ.İ.B.F. S.Y. 02
	Ek 2: Sağlık Kurumlarında Alan Çalışması Başvuru Formu (Burdur İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Kuruluşları Dışında Uygulama Yapacak Öğrenciler İçin	Yürürlük No ve Tarihi	04.11.2024
		Revizyon No ve Tarihi	
		Sayfa No	1/1

T.C. BURDUR

MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Kurumlarında Alan Çalışması
Başvuru Formu
İLGİLİ MAKAMA

Fotoğraf

Fakültemiz Sağlık Yönetimi bölümü öğrencisi/..... tarihleri arasında kurumunuzda/işyerinizde Sağlık Kurumlarında Alan Çalışması dersi kapsamında uygulama yapma talebinde bulunmuştur. Söz konusu ders, 17.06.2021 tarihli 31514 sayılı “Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği” madde 3/k bendinde tanımlanan “uygulamalı ders” kapsamında gerçekleştirilmektedir. “Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği”in 14. Maddesi uyarınca (4) Uygulamalı ders kapsamında uygulamalı eğitim yapan öğrencilere ücret ödenmez. Ayrıca 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.

.....
Sağlık Yönetimi 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)	

Öğrencinin İmzası	Sağlık Kurumlarında Alan Çalışması Komisyonu Bşk. Onayı
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu ayrıca uygulamayı belirtilen tarihler arasında ve belirtilen yerde yapacağımı taahhüt ederim ² . İmza: _____ Tarih: _____	Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda uygulama yapması uygun görülmüştür / görülmemiştir. İmza: _____ Tarih: _____
UYGULAMA YERİ SORUMLUSUNUN VEYA VEKİLİNİN ONAYI	DEKAN
Tarih:/...../ 20...	Tarih:/...../ 20...

² Uygulama yapan öğrenci, “Sağlık Kurumlarında Alan Çalışması Kılavuzu”nu okuduğunu ve anladığını taahhüt eder.