



T.C.

NUH NACI YAZGAN ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

UYGULAMA EĞİTİMİ FORMU

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz yapmakla yükümlü olduğu uygulama eğitimini kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin uygulama eğitim dönemine ilişkin 20 iş gününü kapsayan " İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi" Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir.

ÖĞRENCİNİN;

ADI SOYADI	
ÖĞRENCİ NO	
İKAMETGAH ADRESİ	
TELEFON NO	
ÖĞRENİM YILI	

UYGULAMA EĞİTİMİNİ YAPACAĞI SAĞLIK KURUMUNUN;

ADI			
ADRESİ			
TELEFON NO		FAKS NO	
EĞİTİM BAŞLAMA TARİHİ		EĞİTİM BİTİŞ TARİHİ	

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

YETKİLİNİN ADI VE SOYADI		İMZA VE KAŞE
GÖREV VE ÜNVANI		
TELEFON NO		

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

T.C. KİMLİK NO		İLCE	
N.CÜZDANI SERİ NO		MAHALLE/KÖY	
SOYADI		ÇİLT NO	
ADI		AİLE SIRA NO	
BABA ADI		SIRA NO	
ANA ADI		VERİLDİĞİ NÜFUS İDARESİ	
DOĞUM YERİ VE TARİHİ		VERİLİŞ NEDENİ	
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU İL		VERİLİŞ TARİHİ	

Öğrencinin İmzası

Program Uygulama Eğitimi
Koordinatörü Onayı

SKSDB'nin Yetkilisi Onayı

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, uygulama eğitimi yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen iş yeri ile ilgili uygulamalar için eğitim evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. Tarih:	 Tarih:	5510 sayılı Kanun gereği Sosyal Güvenlik Kurumuna Eğitime Başlama giriş işlemi yapılmıştır. Tarih:
--	--	---

