**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**…………………………… BÖLÜMÜ**

**UYGULAMALI EĞİTİM BAŞVURU SÖZLEŞMESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulamalı Eğitim Yapacak Öğrencinin;** |  |
| Adı Soyadı |  | **Fotoğraf** |
| TC. Kimlik No |  |
| Baba Adı |  |
| Anne Adı |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi |  |
| Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi |  |
| Öğrencinin SGK Güvencesi  | Anne/Baba | Eş | Kendim Çalışıyorum, SGK’lıyım | SGK’lıyım, primimi kendim ödüyorum | SGK’lı değilim | Diğer |
|  |  |  |  |  |
| Üniversite/Fakülte Adı  |  |
| Bölümü |  |
| Öğrenci No  |  |
| Uygulamalı Eğitim Başlangıç Tarihi |  | Uygulamalı Eğitim Bitiş Tarihi |  |
| Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan/uygulamalı eğitim yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi ve belirtilen tarihler arasında uygulamalı eğitim yapacağımı taahhüt ederim.  |
| **Öğrencinin Adı Soyadı:** **Tarih ve İmza:** |  |
|  |  |
| **Uygulamalı Eğitim Yapılacak Yerin;** |  |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Tel No |  | E-Posta |  |
|  |  |
| Bölüm Başkanı (İmza/Kaşe) | Dekan (İmza/Kaşe) | İşletme Yetkilisi (İmza/Kaşe) |
| …/…/20… | …/…/20… | …/…/20… |