T.C.

FOTOĞRAF

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ FTR4204 KLİNİK UYGULAMA II DERSİ BAŞVURU FORMU

ÖĞRENCİNİN :

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| **T.C.Kimlik No.** |  | Öğrenim Yılı. |  20….. – 20..... |
| Öğrenci No |  | Telefon No. |  |
| Açık Adresi |  |
| **ÖĞRENCİNİN OKUL ADRESİ** | Mahalle : Yeni Mahalle Bulvar, Cadde: Şehit Astsubay Mustafa Soner Varlık Caddesi |
| Sokak : --- | Dış kapı : 77 | İç Kapı No : -- |
| İLİ : BALIKESİR | İLÇESİ : BANDIRMA | Posta Kodu | 10200 |
| **UYGULAMAYAPILACAK KURUMUN ADI** |  |
| **DERSİN KODU** |  **DERSİN ADI** | **BAŞLAMA****TARİHİ** | **BİTİRME****TARİHİ** | **İŞ GÜNÜ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Fakülteniz Öğrencisi Yukarıda belirtilen dersin uygulamalarını Hastanemizde/Kurumumuzda yapması uygundur.** |
| **ONAY VEREN HASTANE VEYA SAĞLIK KURUMU YETKİLİSİNİN** |
| Adı Soyadı |  |
| Görevi ve Ünvanı |  | İmza / Kaşe |  |
| Tarih |  |
| **ÖNEMLİ NOT** |  |
| **1-**Öğrenci FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında klinik uygulamaya başlama ve bitirme tarihleri arasında fakültemiz tarafından İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası yapılacağından dolayı onay tarihine önem verilmesi gerekmektedir |
| **2-** FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında yapılan klinik uygulama döneminde Hastanenizin/Kurumunuzun sigortayla ilgili herhangi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Belirtilen tarihlerde öğrencimize klinik uygulama yapma imkanı sağlamanız yeterlidir. |
| **3**- FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında klinik uygulama yapmasına onay verdiğiniz taktirde öğrenci bu belgeyi fakültemize teslim edecek ve belirtilen tarihlerde klinik uygulama evrakları elden kurumunuza gizli zarf içinde getirilecektir. |
| **4 -**Bu formlar 3 adet düzenlenip; 1 adedi klinik uygulamanın yapılacağı kurumda kalacak, 1 adedi fakültemize verilecek, 1 adedi de öğrencide kalacaktır. |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **ÖĞRENCİ DANIŞMANI** | **BÖLÜM BAŞKANI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında klinik uygulama yapacağımı taahhüt ederim, adı geçen kurumla ilgili klinik uygulama evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. |  |  |
| **Tarih / İmza :** | **Tarih :** | **Tarih :** |