**T.C.**

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**FTR4104 KLİNİK UYGULAMA I DERSİ BAŞVURU SÖZLEŞMESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **FTR4104 Klinik Uygulama I Dersi 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  |  |
| Başlangıç Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  |
| Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan/klinik uygulama yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi ve belirtilen tarihler arasında klinik uygulama yapacağımı taahhüt ederim.  |
| **Öğrencinin Adı Soyadı:** **Tarih ve İmza:** |  |
|  |  |
| **Uygulama Yapılacak Yerin;** |  |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Tel No |  | E-Posta |  |
|  |  |
| Bölüm Başkanı (İmza/Kaşe) | Dekan (İmza/Kaşe) | İşveren (İmza/Kaşe) |
| …/…/20… | …/…/20… | …/…/20… |