**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… | | | |