



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
..... BÖLÜMÜ
MESLEKİ UYGULAMA BAŞVURU SÖZLEŞMESİ

Mesleki Uygulama 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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Üniversite/Fakülte Adı							
Bölümü							
Öğrenci No							
Mesleki Uygulama Başlangıç Tarihi			Mesleki Uygulama Bitiş Tarihi				
Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum ve yanlış beyan/mesleki uygulama yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi ve belirtilen tarihler arasında mesleki uygulama yapacağımı taahhüt ederim.							
Mesleki Uygulama Yapan Öğrencinin Adı Soyadı:							
Tarih ve İmza:							

Mesleki Uygulama Yapılacak Yerin;

Adı			
Adresi			
Tel No		E-Posta	

Bölüm Başkanı (İmza/Kaşe)	Dekan (İmza/Kaşe)	İşveren (İmza/Kaşe)
.../.../20...	.../.../20...	.../.../20...