|  |
| --- |
| Resim |



**T.C.  
 KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ   
 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Müdürlüğü**

**Sayı :** 34489727-304.03- …./…./2024

**Konu:** Klinik Yaz Uygulaması

**İLGİLİ MAKAMA**

Yüksekokulumuz …… sınıf öğrencilerinin resmi ve özel sağlık eğitim kurumlarında klinik uygulama yapma zorunluluğu vardır. (*5510 sayılı Kanun uyarınca, zorunlu staja tabi tutulan öğrencilerin sigorta primi üniversitemiz tarafından ödenecektir.)*

Aşağıda bilgileri yer alan  öğrencinin 20 *(yirmi)* ***iş günü***  klinik yaz uygulamasını  **fizyoterapist** gözetiminde  iş yerinizde yapmasının uygun görülmesi halinde;  Başvuru Formunun,  iş yeri  yetkilisi tarafından onaylanarak, öğrencimize teslim edilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz / rica ederim.

**Öğr. Gör. Ömer Faruk ÖZÇELEP**

**Müdür a.**

**Müdür Yardımcısı**

**Klinik Yaz Uygulaması Yapacak Öğrencinin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | **T.C. Kimlik No** |  |
| **Öğrenci No** |  | **Öğretim Yılı** | 2023-2024 |
| **Bölümü** | Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon | **Telefon No** |  |
| **Sınıfı** | ….. Sınıf | **Mail Adresi** |  |
| **İkametgâh Adresi** |  | | |
| **IBAN No** |  | | |

**Klinik Yaz Uygulaması Yapılacak Kurum**

|  |
| --- |
| Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ……………………………..isimli öğrencinizin klinik yaz uygulamasını Kurumumuzda ………………………..…tarihleri arasında gözetimimizde yapması uygundur.  **Klinik Yaz Uygulaması Yapılacak Kurum Adı: ………………………………………..**  …./…../ 2024  **ONAY** |
| **ÖNEMLİ NOT:** Klinik Yaz Uygulamasına başlama tarihinden **en az 10 gün önce** öğrencinin bağlı bulunduğu ilgili Yüksekokul **Mali İşler** birimine teslim edilmesi zorunludur. |