

|                                                                                                            |                                                                                                                                               |                     |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <br>YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ | <b>T.C.<br/>YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ<br/>SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ<br/>BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ<br/>ZORUNLU ALAN UYGULAMALARI<br/>FORMU</b> | <b>Doküman No</b>   | STJ08      |
|                                                                                                            |                                                                                                                                               | <b>Yayın Tarihi</b> | 07.03.2019 |
|                                                                                                            |                                                                                                                                               | <b>Revizyon No</b>  | 02         |
|                                                                                                            |                                                                                                                                               | <b>Sayfa No</b>     | 1          |

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı, Fakültemiz..... numaralı 4. Sınıf öğrencisi..... tarihleri arasında kurumunuzda Zorunlu Alan Uygulamalarını yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu'nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak alan uygulamaları yapacağı döneme ilişkin ..... iş günü 'İş Kazası ve Meslek Hastalığı' sigortası primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ayşe KILIÇ UÇAR  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

**ÖĞRENCİNİN**

|                  |  |                  |  |
|------------------|--|------------------|--|
| Adı Soyadı       |  | İlk soyadı       |  |
| Öğrenci No       |  | Öğretim Yılı     |  |
| Bölümü           |  | Telefon No (GSM) |  |
| İkametgah Adresi |  |                  |  |

**İŞYERİ EĞİTİCİ PERSONELİ**

|            |  |                 |  |
|------------|--|-----------------|--|
| Adı Soyadı |  |                 |  |
| Görevi     |  | İmza/Kaşe/Mühür |  |
| Telefon    |  |                 |  |
| Tarih      |  |                 |  |

**ONAY**

| ÖĞRENCİ                                                                                            | ALAN UYGULAMASI YAPILAN<br>İŞYERİ ONAYI      | STAJ KOMİSYONU ONAYI                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Belge üzerinde bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.<br><br>Adı Soyadı:<br><br>İmza:<br><br>Tarih: | Adı Soyadı:<br><br>Mühür/Kaşe:<br><br>Tarih: | Adı Soyadı:<br><br>Mühür/Kaşe:<br><br>Tarih: |