|  |
| --- |
| **BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM/TAMAMLAYICI EĞİTİM SÖZLEŞMESİ** |
| **ÖĞRENCİNİN** | **Fotoğraf** |
| **Adı Soyadı** |  | **Okul No** |       |
| **T.C. Kimlik No** |  | **Cep Tel No** |       |
| **Doğum Tarihi** **(Gün- Ay- Yıl)** |  | **İmzası** |  |
| **Kurumda İrtibat Sağlanacak Kişi (Adı-Soyadı ve Telefonu):** | **EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI / YARIYILI** |
| **20………….-20………..……./ ……………………..** |
| **İŞLETMENİN** |
| **Adı ve Açık Adresi** |  |
| **İşletme Temsilcisinin** **Adı-Soyadı** |  |
| **Telefon ve Faks Numarası** | **Telefon: +90 (…….) ……………... ve Faks: +90 (…….) ……………** |
| **İşletmede Alacağı Eğitim**  |
|  | [ ]  Klinik Çalışma I (Haftada 5 gün) | [ ]  Klinik Çalışma II (Haftada 5 Gün) |
| [ ]  Dönem II Temel Fizyoterapi Rehabilitasyon Mesleki Uygulama Dersi (Haftada 5 gün) |
| **Mesleki Eğitim Yapacağı Günler** | [ ]  Pazartesi |  [ ]  Salı |  [ ]  Çarşamba | [ ]  Perşembe | [ ]  Cuma |
| **Başlama / Bitiş Tarihi** |      |     | **Süresi (iş günü)** |       |
| Öğrenci, bu sayfanın altındaki noktalı yere kendi el yazısı ile “Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İşletmelerde Mesleki Eğitim/Tamamlayıcı Eğitim ve Yaz Staj Sözleşmesini okudum, anladım ve kabul ediyorum.” yazarak sözleşmenin her sayfasını imzalamalıdır. ……………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|   |
| **Dönem II Uygulama/****Dönem IV Klinik Çalışmalar Koordinatörü** | **Fizyoterapi ve Rehabilitasyon****Bölüm Başkanı** | **Dekan/Dekan V.** | **İşveren veya Vekili** |
| **…. /….. / ……****…………………………. (Ad/Soyadı)****(imza)** | **…. /….. / ……****…………………………****(Ad/Soyadı)****(imza)** | **…. /….. / ……****………………………….****(Ad/Soyadı)****(imza)** | **…. /….. / ……****………………………….****(Ad/Soyadı)****(imza)****(kaşe)** |