|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)** | |