



T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ  
MESLEKİ UYGULAMA BAŞVURU FORMU

Sayı:

Tarih: ....../...../20....

Konu: Mesleki Uygulama

**İLGİLİ MAKAMA**

Firat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü .... sınıf öğrencisiyim. ....../...../.....- ....../...../..... tarihleri arasında 15 iş günü zorunlu mesleki uygulamayı kurumunuzda/ iş yerinizde yapmak istiyorum.

Gereğini müsaadelerinize arz ederim.

Saygılarımla

Adı- Soyadı:

Numarası:

İmza:

**Mesleki Uygulamanın Yapılacağı Kurum veya İşyeri Onayı**

Yukarıda adı, soyadı ve bölüm bilgileri yazılı öğrencinizin 15 günlük zorunlu mesleki uygulamayı iş yerimizde/ kurumumuzda yapması uygundur.

Kurum/ İşyeri adı:

Onayı (kaşe/ mühür):

**T.C.**  
**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**  
**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA**

Fırat Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü ..... sınıf ..... numaralı öğrencisiyim. 20.../20... Eğitim Öğretim yılı mesleki uygulamayı makamınızca uygun görülmesi halinde ...../...../.....- ...../...../..... tarihleri arasında aşağıda bilgileri verilen kurumda/işyerinde yapmak istiyorum.

Mesleki uygulama yapmam için gerekli olan belgelerin tarafıma verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../...../.....

Adı- Soyadı:

Telefon:

İmza:

**MESLEKİ UYGULAMA YAPILACAK KURUM**

Adı			
Adresi			
Tel No		Faks No	
E-posta		Web Adresi	
Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi	

**T.C.**  
**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**  
**MESLEKİ UYGULAMA BAŞVURU FORMU**

Sayı: E-31970446-188791  
Konu: Mesleki Uygulama

Tarih: 05.09.2022

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz 15 iş günü zorunlu mesleki uygulamayı kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca, öğrencinin zorunlu olarak uygulama yapacağı döneme ilişkin 15 iş günlük "İş Kazası ve Meslek Hastalığı" sigortası primi, Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Öğrencimizin kurumunuzda uygulama yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederiz.

Dr.Öğr.Üyesi Songül BAĞLAN YENTÜR  
Bölüm Başkanı

**MESLEKİ UYGULAMA TALEP EDEN KURUM**

Adı	Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü		
Adresi	Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü. Üniversite Mahallesi 23119 Elâzığ Merkez/Elazığ		
Tel No	0424 237 0000 - 8284	Faks No	0424 212 88 91

**MESLEKİ UYGULAMA YAPACAK ÖĞRENCİ**

Adı Soyadı		TC Kimlik No	
Öğrenci No		Sınıf	
E-posta		Tel No	
İkametgah Adresi			

**MESLEKİ UYGULAMA YAPILACAK KURUM**

Adı			
Adresi			
Tel No		Faks No	
E-posta		Web Adresi	
Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi	

**ÖĞRENCİNİN İMZASI**

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

**MESLEKİ UYGULAMA YAPILACAK**

**KURUM ONAYI**

İmza Kaşe/Mühür

**T.C.**  
**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığı'na**

Fakülteniz Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü.....Sınıf.....numaralı öğrencisiyim  
20..- 20.. Eğitim-Öğretim mesleki uygulamayı..... Kurumunda yapmak istediğimden  
EK-1 formunun tarafıma verilmesini istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../.....2022  
Adı Soyadı

**Adres:**

**Tel:**