



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fakültemiz / Eğitim-Öğretim Yılı Dönemine ait derse bağlı klinik uygulamasını / İntörn Klinik Uygulamasını, ders yürütücüsü tarafından belirlenen hastanelerde, haftalık ders programında belirtilen günde / günlerde ve belirtilen saatler arasında yapacağım.

Öğrencinin Adı Soyadı		T.C. No	
Öğrenci No		GSM No	(05.....)
İkametgah Adresi		E-Posta Adresi	

DERSE BAĞLI KLİNİK UYGULAMA

<input type="checkbox"/> Hemşirelik Esasları	<input type="checkbox"/> Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
<input type="checkbox"/> Halk Sağlığı Hemşireliği	<input type="checkbox"/> Psikiyatri Hemşireliği
	<input type="checkbox"/> İntörnlük

Genel Sağlık Sigortalılığımı aşağıda işaretlemiş olduğum bölümde belirtmekteyim.

- 07 Müstehaktır, provizyon alabilir.(Şu anda Genel Sağlık Sigortasından faydalanmaktayım.)
 Yeşil Kart üzerinden, Genel Sağlık Sigortasından faydalanmaktayım.
- 42 Müstihak değildir, provizyon alamaz..(Şu anda Genel Sağlık Sigortasından faydalanamıyorum)

(42 bölümünü işaretleyenler dilekçenin alt bölümünü de dolduracaklardır)

İlgili mevzuatlar uyarınca SGK primlerine esas olmak üzere; yukarıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu ve bu bilgilerin değişmesi halinde değişikliği 2 iş günü içinde Fakülteme bildireceğimi beyan ve taahhüt ederim.

İş kazası geçirilmesi halinde (iğne batması dahil) SUAM İş Sağlığı ve Güvenlik Koordinatörlüğünden aldığım formu aynı gün veya en geç ertesi günü mutlaka Öğrenci İşleri Birimine teslim edeceğim.
Aksi halde uygulanacak cezai yaptırımları kabul ediyorum.

..... / /
İmza

DERS YÜRÜTÜCÜSÜ	DERS YÜRÜTÜCÜSÜ	BÖLÜM BAŞKANI ONAYI
..... / / Adı ve Soyadı: İmza (Dersin alınıp alınmadığının Öğrenci Otomasyon Sisteminden kontrol edilmesi) / / Adı ve Soyadı: İmza (Dersin alınıp alınmadığının Öğrenci Otomasyon Sisteminden kontrol edilmesi) / / Adı ve Soyadı: İmza

Aşağıda belirtilen bölüm Müstihak değildir, provizyon alamaz veya **herhangi bir sosyal güvencesi olmayan öğrenciler tarafından doldurulacaktır.**

Anne, baba veya bana bakmakla yükümlü olan kişinin sosyal güvencesi olmadığından ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı vb.) tabi olarak çalışmadığımdan dolayı 5510 sayılı Kanununun 5 inci maddesinin b bendi "...ve bunlardan bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar hakkında ayrıca genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır." hükmü gereğince genel sağlık sigortası işlemlerimin yapılmasını talep ediyorum.

Öğrencinin
Adı Soyadı/İmza