

 BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ	HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ KLİNİK UYGULAMA FORMU	BŞEÜ-KAYSIS Belge No	DFR-284
		İlk Yayın Tarihi/Sayısı	03.11.2019/115
		Revizyon Tarihi	22.12.2023/70
		Revizyon No	01
		Toplam Sayfa	1

**BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

..... okul numaralı Hemşirelik Bölümü öğrencisiyim. Bilecik İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kuruluşlardayapacağım uygulama eğitimlerim karşılığında herhangi bir ücret/maaş talep etmeyeceğimi beyan ederim.

Dersin Kodu	Yarıyılı	Dersin Adı	Teori Saati	Uygulama Saati	AKTS

ÖĞRENCİNİN OKUL BİLGİLERİ

Dönemi:

Adı Soyadı		Öğretim Yılı/..... (GÜZ/BAHAR)
Öğrenci Numarası		E-posta Adresi	
T.C Kimlik No		Cep Telefon No	
İkametgah Adresi			
Aileniz tarafından Sosyal Güvenlik Sisteminden yararlanıyor musunuz?		Evet	Hayır
Kendi üzerinizden Sosyal Güvenlik Sisteminden yararlanıyor musunuz?		Evet	Hayır
Engelli Öğrenci	Evet	Hayır	Engeliniz var ise engel oranınızı ve sebebini açıklayınız:

<p>Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, bahsi geçen dersin/derslerin uygulamasını ilgili yönerge/yönetmelik ve protokoller doğrultusunda yapacağımı taahhüt ederim.</p> <p style="text-align: center;">ÖĞRENCİNİN İMZASI</p> <p>Tarih:...../...../.....</p>	<p style="text-align: center;">DERSİN SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI ONAYI</p> <p>Tarih:...../...../.....</p>
--	---

Not: Hemşirelik Bölümü Klinik Uygulama Formu ile Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Sertifikanızı dersin sorumlu öğretim elemanına teslim ediniz.