



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ders Uygulaması Başvuru Formu

ÖĞRENCİNİN ADRES KAYIT BİLGİLERİ		T.C.Kimlik No.																		
Adı-Soyadı		Öğrenci No/Sınıf																		
Bulvar		Cadde																		
Sokak		Mahalle/Semt																		
Dış Kapı		İç Kapı																		
İli		İlçe																		
Köy		Posta Kodu																		
Ev Telefonu		Cep Telefonu																		
e-posta :																				

DERS UYGULAMASI YAPILAN YERİN

Adı							
Adresi							
Üretim/Hizmet Alanı							
Telefon No				Faks No.			
e-posta :				Web Adresi			
Staja Başlama Tarihi			Bitiş Tarihi			Süresi (gün)	

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

Soyadı			Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl		
Adı			İlçe		
Baba Adı			Mahalle- Köy		
Ana Adı			Cilt No		
Doğum Yeri			Aile Sıra No		
Doğum Tarihi			Sıra No		
T.C.Kimlik No			Verildiği Nüfus Dairesi		
N.Cüzdan Seri No			Veriliş Nedeni		
Sağlık güvencesi Var	Anne Baba Üzerinden	<input type="checkbox"/>			
	Kendisi GSS	<input type="checkbox"/>			

ÖĞRENCİ İMZASI

**BÖLÜM BAŞKANLIĞININ
UYGUNLUĞU**

STAJ KOMİSYONUNUN ONAYI

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, ders uygulaması yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili ders uygulaması evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim Tarih:	Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin belirtilen işyerinde ve sürede zorunlu ders uygulamasının bir kısmını yapması uygun görülmüştür. Tarih:	Yukarıda kimlik bilgileri verilen, belirtilen tarihlerde ve işyerinde zorunlu ders uygulamasını yapması uygun görülmüştür. Tarih:
--	---	--

ÖNEMLİ NOT:

- 1-İş kazası geçiren öğrencilerin aynı gün bölümlerine bilgi verme zorunluluğu bulunmaktadır.
- 2-Öğrencinin bu formu, zorunlu ders uygulamasına başlamadan, bölümünün belirleyeceği tarihe kadar bağlı bulunduğu ders uygulama komisyonuna teslim etmesi zorunludur. **Bu form 2 asıl kopya olarak (fotokopi değil) hazırlanır.**