

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMALI DERS BEYAN VE TAAHHÜTNAMESİ

T.C. KİMLİK NUMARA			
ADI – SOYADI			
ÖĞRENCİ NO			
FAKÜLTE/ BÖLÜMÜ			
UYGULAMA TÜRÜ	ZORUNLU		GÖNÜLLÜ
ÖĞRENCİ TELEFON NUMARASI			
YAKINININ TELEFON NUMARASI			
E-POSTA ADRESİ			
UYGULAMA BAŞLAMA TARİHİ			
UYGULAMA BİTİŞ TARİHİ			
UYGULAMA SÜRESİ (İŞ GÜNÜ)			
UYGULAMAYA ÇIKACAĞI İŞLETME ADI			

GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYANINIZI SEÇİNİZ:

Ailemden Annem/Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

Öğrenci imzası

Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı Kabul ediyorum.

Öğrenci imzası

Uygulama yeri değişikliği hariç, (**Uygulama yeri değişikliği yeni bir uygulama yeri başvurusu gerektirir.**) uygulama dönemi / / 20..... Tarihinde başlayacaktır. Uygulama başlangıç ve bitiş tarihi değişmesi veya uygulamadan vazgeçilmesi halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğini, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği **doğacak her türlü maddi zararı yasal gecikme faizleri ile ödemeyi kabul ve taahhüt ederim.**

Öğrenci imza :

Uygulama Sorumlusu/ Koordinatörü:

Bölüm Başkanı :

İmza :

İmza :