



SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ ZORUNLU ALAN UYGULAMASI FORMU

İlgili Makama,

Fakültemiz Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin sınıf Dönemi boyunca kurum ve kuruluşlarda alan uygulaması yapma zorunluluğu vardır. Fakültemizde öğrenim gören öğrencilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uyarınca sigortalılığının başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin, uygulamasını kuruluşunuzda yapmasına izniniz ve göstereceğiniz ilgi için İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi adına teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ

Adı- Soyadı			
Öğrenci No		Bölümü	
Eğitim-Öğretim Yılı		Telefon No	
T.C. Kimlik No		Doğum Yeri	
Baba Adı		Doğum Tarihi	
Ana Adı		E-posta	
İkametgâh Adresi			
Akademik Danışmanı	Adı-Soyadı	İletişim Bilgileri	

UYGULAMA YAPILACAK KURUMUN

Adı					
Adresi					
Çalışma Alanı					
Telefon No		Faks No.			
E-posta adresi		Web Adresi			
Uygulama Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Süresi (gün)	

KURUM YETKİLİSİNİN VEYA SORUMLU MESLEK ELEMANININ

Adı- Soyadı			
Görev ve Unvanı		İmza / Kaşe / Mühür	
E-posta			
Tarih			

Tarih: Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, UBİS üzerinden SGK başlangıcının yapılabilmesi için uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerini uygulamamın başlamasından en geç 5 (beş) iş günü öncesinden doldurmuş olacağımı; aksi halde doğacak bütün idari ve hukuki sorumlulukları kabul ettiğimi, bu taahhütlerime uymamam sebebiyle Üniversite aleyhine tahakkuk edecek her türlü yaptırımın tarafımdan ödeneceğini kabul ettiğimi bildirir, gereğini arz ederim. Öğrencinin Adı – Soyadı ve İmzası	Tarih: Alan Uygulaması Komisyon Başkanı Adı- Soyadı /Unvanı / İmzası	Tarih: Akademik Danışman İmza
---	---	--