**KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU FORMU**

Sayın Yetkili,

Fakültemiz Psikoloji Bölümü öğrencilerinin işletme ve kuruluşlarda 20 iş günü klinik uygulama yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Aşağıda isim ve numarası belirtilen öğrencimizin işyerinize / kurumunuza yapmış olduğu klinik uygulama başvurusuna göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADI / SOYADI** |  | **TC KİMLİK NO:** |  |
| **BÖLÜMÜ** |  | **SINIFI / NUMARASI** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  | **CEP TELEFONU** |  |
| **PROGRAMI** |  | **E-POSTA ADRESİ** |  |
| **İKAMETGAH ADRESİ** |  |

**İŞYERİ/KURUM BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **İSİM ve UNVANI** |  |
| **ŞUBE / BÖLÜM** |  |
| **ADRES** |  |
| **TELEFON / FAKS /E-POSTA** |  |
| **UYGULAMA BAŞLAMA / BİTİŞ TARİHİ** |  |

**İŞYERİ/KURUM YETKİLİSİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI / SOYADI** |   |
| **UNVANI / GÖREVİ** |  | **KURUM KAŞE VE İMZASI** |  |
| **E-POSTA ADRESİ** |   |
| **KLİNİK UYGULAMA YAPTIRILACAK BİRİM** |   |

**KLİNİK UYGULAMA KOMİSYONUNUN ONAYI**

Onaylayan:

 **...../……/…..**

 İMZASI

**ÖĞRENCİNİN İMZASI**

**Not**: Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, ilgili evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.

 **...../….. /….**

 İMZASI

**…../…../……….**

İMZASI

***NOT:*** *Öğrenci, bu belgeden 3 adet hazırlayıp İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesine teslim edecektir. Klinik uygulama komisyonunun onayından sonra birini klinik uygulama yapacağı kuruma vermek üzere İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesinden teslim alacaktır.*

 *5510 sayılı kanunun 5/b ve 87/e fıkrası gereğince klinik uygulama boyunca öğrencinin Sosyal Güvenlik Kurumuna, İş Kazası ve Meslek Hastalığı için sigorta pirimi üniversitemiz tarafından ödenecektir.*