**KLİNİK UYGULAMA KABUL FORMU**

Sayın Yetkili,

Enstitümüz Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencilerinin işletme ve kuruluşlarda en az 2 ayda tamamlamak üzere 20 iş günü klinik uygulama eğitimi alma zorunluluğu bulunmaktadır. Aşağıda isim ve numarası belirtilen öğrencimizin işyerinize / kurumunuza yapmış olduğu klinik uygulama başvurusuna göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**KLİNİK UYGULAMA YAPACAK ÖĞRENCİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADI / SOYADI** |   | **TC KİMLİK NO:** |  |
| **PROGRAMI** |    | **SINIFI / NUMARASI** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  |
| **İKAMETGAH ADRESİ** |  |
|  |   |

**KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK İŞYERİ/KURUM**

|  |  |
| --- | --- |
| **İSİM ve UNVANI** |  |
| **ÇALIŞILACAK ŞUBE / BÖLÜM** |  |
| **ADRES** |  |
| **TELEFON / FAKS** |  |
| **WEB ADRESİ / E-POSTA**  |  |
| **KLİNİK UYGULAMA BAŞLAMA / BİTİŞ TARİHİ****(Haftada kaç gün gidileceği de belirtilecektir.)** |  |

**İŞYERİ/KURUM YETKİLİSİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI / SOYADI** |   |
| **UNVANI / GÖREVİ** |   |
| **KURUM KAŞE VE İMZASI** |   |

**ÖĞRENCİNİN İMZASI**

Onaylayan:

**…../…../……….**

İMZASI

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜ ONAYI**

Onaylayan:

**…../…../……….**

 İMZASI

**KLİNİK UYGULAMA**

 **DANIŞMAN ONAYI**

Onaylayan:

**…../…../……….**

İMZASI

*NOT:* **5510 sayılı kanunun 5/b ve 87/e fıkrası gereğince klinik uygulama eğitimi alan öğrencinin Sosyal Güvenlik Kurumuna, İş Kazası ve Meslek Hastalığı için sigortalı girişi staja başlangıç gününden önce yapılacak ve pirimi üniversitemiz tarafından ödenecektir.**