

**ERZURUM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**KLİNİK UYGULAMA/STAJ GÜNLÜK VE SAATLİK İZİN FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin Adı-Soyadı:** |  | |
| **Öğrenci Numarası:** |  | |
| **Klinik- Saha Uygulamaları/Staj/Mesleki Eğitim/Uygulamalı Ders Yapılan Kurumun Adı:** |  | |
|  | Tarih | Saat |
| **İznin Başladığı** | ../../202… | ………. |
| **İznin Biteceği** | ../../202… | ………. |
| **Toplam İzin Süresi:** |  | |
|  |  | |
| **Sebebi ile yukarıda belirtilen süreler içersinde izin verilmiştir.** | | |
| **Telafi yapacağı gün sayısı** |  | |
| **Telafi yapacağı tarih/tarih aralığı:** |  | |
| **Tarih:** | ../../202… | |
| **Kurum/Birim Eğitim Yetkilisi:** | Adı-Soyadı:  İmza: | |
| **Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulama Koordinatörü:** | Adı-Soyadı:  İmza: | |

**Not 1:** Bu formu dolduran öğrenci için telafi şartı vardır.

**Not 2:** Dönem sonunda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulama Koordinatörünün raporuna tabidir.