



T.C.
ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR
ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü



Sayı : E-78184845-773-28564
Konu : Yaz Uygulaması

08.01.2024

Yüksekokulumuz Programı
..... nolu sınıf öğrencisi 2023- 2024
eğitim öğretim yılı yaz uygulamasını/...../2024-/...../2024 tarihleri arasında
kurumunuzda yapmayı talep etmektedir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uyarınca öğrencilerimizin İş
Kazası ve Meslek Hastalığına karşı SSK işlemleri Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Kurumunuzca uygun görülmesi halinde, ekli listede yer alan onay alanının tarafınızdan
imzalanarak Yüksekokulumuz Müdürlüğü'ne gönderilmesi hususunda gereğini arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Muzaffer Olcay ÇİZMELİ
Müdür

Ek:Yaz Uygulaması Kurum Onay Formu (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :
https://ebys.acibadem.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?eD=BSUNDL3PP&eS=28564
Adres:Kerem Aydınlar Kampüsü Kayışdağı Caddesi 32 İçerenköy 34752 Ataşehir İstanbul
Telefon:0216 500 44 44 Faks:0216 500 576 50 76
e-Posta:info@acibadem.edu.tr Web:www.acibadem.edu.tr

Belge Takip Adresi :

Bilgi için: İlknur Şentürk
Unvanı: Yüksekokul Sekreteri



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Aşağıda bilgileri yer alan Yüksekokulunuz öğrencisinin 2023-2024 yılı Yaz Uygulamasını
...../...../2024 -/...../2024 tarihleri arasında kurumumuzda yapması uygun
görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederiz.

KURUM ADI:

KURUM YETKİLİSİ:
(Adı-Soyadı-Unvanı)

İMZA-MÜHÜR

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

ADI-SOYADI :
PROGRAMI :
SINIFI :
NUMARASI