

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
ONAM RIZA BELGESİ

Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Uygulamalı Eğitimler Yönergesi gereğince 20...-20.... Eğitim ve öğretim senesi Güz döneminde, Üniversitenin iş birliği içerisinde olduğu kurumlar ve İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu/özel kurumlarda:

- Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Stajını ilgili kurumun onayını alarak yapacağımı ve staj yaptığım kurumun çalışma düzenine ve ilkelerine uyacağımı;
- Kişisel koruma ekipmanlarıyla salgına yönelik gerekli koruyucu önlemleri alacağımı, Covid-19 Eğitim Rehberlerini okuduğumu ve anladığımı, salgına ilişkin dikkat edilmesi gereken kurallara uygun şekilde davranacağımı;
- Staj kapsamında bulunacağım işletmede eğitim süresince risk oluşturabilecek Covid-19 vb. bulaşıcı gücü yüksek salgın hastalıklara yakalanabilme durumunda oluşabilecek risklerle ilgili tüm sorumluluğu üzerime aldığımı ve kendi rızam ile staj yapacağımı beyan ederim.

In accordance with the implementation directive of Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Faculty of Health Sciences of Yüksek İhtisas University, summer semester that during 20.... -20.... Academic year, I declare that in institutions in cooperation with Yüksek İhtisas University and in the public/private institutions that I will be appointed by the Provincial Health Department:

- That I will carry out the Hands-on training with the approval of the respective institution, and will comply with the work order and principles of the institution where I carry out Hands-on training;
- That I will take the necessary protective measures against the epidemic with personal protective equipment, I affirm that I have read and understood the Covid-19 Training Guides, and thus I will act in accordance with the rules to be observed regarding the epidemic;
- That during the Hands-on training I assume full responsibility for the risks that may arise in case of infection by epidemic diseases such as Covid-19 and other contagious diseases in the institution where I will practice Hands-on training of this course.

BU DOKÜMAN ÜZERİNDE ORTAYA KONULAN DURUMLARI OKUDUM, ANLADIM VE KABUL EDİYORUM.

Yukarıdaki beyanımda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, uygulamalı eğitime gitmediğim veya uygulamalı eğitimi bıraktığım takdirde ya da yanlış beyanımdan dolayı ortaya çıkacak maddi ve manevi, bireysel ve kurumsal zararları kabul edeceğimi taahhüt ederim.

I HAVE READ, UNDERSTOOD AND ACCEPT THE CONTENTS OF THIS DOCUMENT.

I attest that the information which I have provided above is accurate and that I will accept liability for any material and non-material, personal and corporate damages caused by my absenteeism from or abandonment of the Hands-on training, or any misrepresentation on my part.

Öğrenci Bilgileri (Student Information)	
Ad Soyad (Name and Last Name)	
T.C. Kimlik No (National Identity Number)	
Bölüm / Yıl (Department / Year)	
Öğrenci No (Student ID)	
Adres (Address)	
Telefon (Phone Number) / Email	

.../.../ 20....

Adı Soyadı (Student Name and Last Name)

İmzası (Signature)