KURUM ADI

(Örnek: SAKARYA AİLE ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER İL MÜDÜRLÜĞÜNE)

Örnek: TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Örnek: KOCAELİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİNE

Örnek: AMASYA BELEDİYESİNE

Fakültemiz Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin Sosyal Hizmet Uygulaması II dersi kapsamında, mezuniyet sonrasında çalışacakları alanları tanımaları, işleyişi görmeleri ve bilgi sahibi olmaları amacıyla iş yeri uygulamaları gerçekleştirmektedir. Bu kapsamda bölümümüz ………….. T.C. kimlik ve ……….. öğrenci numaralı ……………….. (öğrenci isim soyisim)’in ……………………………… (kurum adı)’nde 5510 sayılı kanun gereği iş kazası ve meslek hastalıkları sigortasının üniversitemiz tarafından yapılacağı 56 iş günü süreli zorunlu iş yeri uygulamasını 12/02/2024 – 26/05/2024 tarihleri arasında ve haftada dört gün üzerinden (Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe) gerçekleştirebilmesi için gerekli izinlerin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.