……………………………………………………….. (Sağlık tesisinin adı) tarafından staja kabul edildiğim sağlık kuruluşunda uymam gereken kurallara ilişkin uyum eğitimleri, yeni tip CORONA Virüse ilişkin Bakanlık tarafından yayımlanan rehberler doğrultusunda almam gereken tüm eğitimler ve kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı hakkındaki eğitimler tarafıma verilmiş olup; koruyucu ekipmanları kurallar doğrultusunda kullanacağımı, COVİD 19 bulaşma riski de dahil olmak üzere tüm risk ve tehlikeler hakkında bilgi sahibi olarak alınacak tüm tedbirlere uyacağımı ve COVİD 19 bulaşmasına ilişkin tüm sorumluluğun tarafıma ait olduğunu ve hak talep etmeyeceğimi ve ………/..…./……. - ……./…../….….. Tarihleri arasındaki stajımı yapmak istiyorum.

Lütfen el yazınız ile ***pandemiye ilişkin tüm riskleri bilmeme, sağlık kuruluşunun tüm riskleri anlatmasına rağmen, okulum tarafından talep edilen stajımı, tüm sorumluluğu alarak yapmak istiyorum.***

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**ADI – SOYADI :**

T.C Kimlik No:

Okulu:

Bölümü:

İmza:

Tarih:

**Öğrenci Velisi**

**ADI /SOYADI (El yazısı ile) …………………………………………………………………**

**İmza …………………………………………………………………**

**Tarih ………………………………………………………………….**