



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



Sayı : E-78184845-773-66622  
Konu : Yaz Uygulaması

09.02.2026

İLGİLİ MAKAMA

Yüksekokulumuz ..... Programı  
..... nolu ..... sınıf öğrencisi ..... 2025- 2026  
eğitim öğretim yılı yaz uygulamasını ...../...../2026- ...../...../2026 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=BSMFKZCSU&eS=66622](https://ebys.acibadem.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?eD=BSMFKZCSU&eS=66622)  
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: Nisanur Akın  
Unvanı: Yetkili



...../...../.....

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

Aşağıda bilgileri yer alan Yüksekokulunuz öğrencisinin 2025-2026 yılı Yaz Uygulamasını  
...../...../2026 - ...../...../2026 tarihleri arasında kurumumuzda yapması uygun  
görölmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederiz.

**KURUM ADI:**

**KURUM YETKİLİSİ:**  
(Adı-Soyadı-Unvanı)

**İMZA-MÜHÜR**

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

ADI-SOYADI :  
PROGRAMI :  
SINIFI :  
NUMARASI