



ÖĞRENCİ AŞI BEYAN FORMU

KOD	EY. FR.64	Y.TAR.	EYLÜL/2023	REV. TAR.	27.12.2024	REV. NO	01	Syf. No.	1/1
-----	-----------	--------	------------	-----------	------------	---------	----	----------	-----

AŞI UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME VE ÖĞRENCİ / AİLE BEYANI

Burdur Devlet Hastanesinde uygulama dersi / staj yapacak olan..... T.C. kimlik numaralı çocuğuma / kendime, uygulama dersi /staja başlamadan önce yapılan sağlık taraması sırasında belirtilmiş olan hekim tarafından önerilen aşılardan uygulanması gerekliliği konusunda bilgilendirildim. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her konuda soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, hekim tarafından oluşabilecek hastalıklar, risk ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu hastalıklar hakkında, bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle çocuğuma /kendime, sağlık tarama formunun birinci sayfasında belirtilmiş olan, hekim tarafından önerilen aşılardan uygulanmasına **İZİNVERMİYORUM** ve bu formu imzalıyorum. Aşı olmadığım takdirde oluşabilecek kalıcı veya geçici her türlü sağlık problemlerinde tüm sorumluluğun şahsıma ait olduğunu Kabul ediyor okulumu veya uygulama/ staj yaptığım kurumların sorumluluğu olmadığını beyan ederim.

(El yazısı ile “ OKUDUĞUMU ANLADIM, KABUL EDİYORUM” yazınız.)

.....

Stajyer Öğrenci; Adı - Soyadı: İmzası:	Tarih:....../...../..... Saat:.....
Stajyer Öğrenci 18 yaşından küçük ise, öğrencinin Velisinin / vasisinin; Adı-Soyadı: İmzası:	Tarih:....../...../..... Saat:.....