**SAĞLIK MERKEZİ**

**Dış Sağlık Kurumu Rapor Onayı İstek Formu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öğrenci ve Rapor Bilgileri** (Öğrenci Tarafından Doldurulacaktır) | | | |
| **Öğrencinin** | | | |
| **Adı – Soyadı** |  | | |
| **Numarası** |  | | |
| **Enstitü/Fakülte/MYO Adı** |  | | |
| **Anabilim Dalı/Bölüm/Program Adı** |  | | |
| **Telefon Numarası** |  | | |
| Dış Sağlık Kurumunun Adı |  | Bulunduğu İl |  |
| Raporu Veren Doktorun  Adı-Soyadı |  | Uzmanlık Dalı |  |
| Muayene Tarihi |  | Tanı |  |
| İstirahat Raporunun  Başlangıç Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  |

Yukarıda kimlik bilgileri ve aşağıda imzası olan Çankaya Üniversitesi öğrencisi olarak:

1. Ekte sunduğum sağlık raporunun benim gerçek rahatsızlık, muayene, tıbbi tetkik ve tedavi sürecimi ve gerçek sağlık durumumu yansıttığını beyan ederim.
2. Sağlık Merkezi’nin raporu veren kurum ve raporda imzası olan doktorlarla iletişime geçerek sağlık durumum hakkında bilgi alabilmesini onaylıyorum.
3. İbraz ettiğim bilgilerde ve belgelerde gerçeği yansıtmayan öğeler bulunması durumunda hakkımda disiplin soruşturması açılabileceğini biliyorum.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Öğrencinin İmzası |  | Tarih |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sağlık Merkezi Tarafından Doldurulacaktır** | |
| Yapılan İncelemeler  (varsa) |  |
| Sağlık Merkezi Görüşü |  |
| Sağlık Merkezi Onayı |  |

Form No: 01 /00