

اینجانب تقاضا دارم که :

واحد کارآموزی در عرصه به کد و

واحد کارآموزی در عرصه به کد

را در نیمسال تحصیلی در روزهای و ساعت در موسسه / کلینیک / مرکز

شهر بگذرانم و متعهد می گردم گواهی رسمی و گزارش روزانه مشروح فعالیت خود را در آن مرکز، پس از پایان ترم آموزشی مصوب دانشکده، به صورت کتبی و با امضای مدیر آن مرکز به مسئول آموزشی گروه ارتوپدی فنی دانشکده علوم توانبخشی تحویل نمایم .

امضاء دانشجو:

با توجه به درخواست داوطلبانه‌ی اینجانب دانشجوی ترم جهت گذراندن دوره کارآموزی، کلیه مسؤولیت‌های حقوقی، مالی و جانی مرتبط با این موضوع را شخصا برعهده گرفته و مطالبه‌ی حق و حقوق در صورت بروز پیشامد به عهده‌ی اینجانب می‌باشد.

امضاء دانشجو

- قوانین حضور و غیاب مطابق با قوانین آموزشی دانشکده می‌باشد و غیبت بیش از ۳ روز موجب حذف درس خواهد شد. (هیچ یک از موارد ارائه ترجمه، پوستر، مقاله، گواهی پزشکی و ... جهت حذف غیبت قابل قبول نمی‌باشد و ۳ فرصت موجود جهت استفاده در شرایط اضطراری است.
- حضور و غیاب دانشجو در مراکز خارج از دانشکده توسط کارشناس مسؤول دانشکده به صورت حضوری یا تلفنی کنترل خواهد شد.
- در صورتی که کارآموزی خارج از برنامه‌ی دانشکده به تشخیص مربیان موجب تعلل در آموزش دانشجو شود، کارورز باید بلافاصله به برنامه‌ی کارآموزی ارائه شده توسط دانشکده بازگردد.

امضاء دانشجو

این بخش توسط مسؤول کلینیک / مرکز هدف تکمیل شود:

اینجانب مسؤول کلینیک / مرکز / موسسه همکاری لازم با مسؤول دانشکده در خصوص بررسی گزارش کار روزانه و حضور و غیاب دانشجو را خواهم داشت و در طول مدت کارآموزی جوابگوی تلفن درج شده در زیر می‌باشم .
آدرس کلینیک و شماره تلفن:

نام و امضاء مسؤول کلینیک

بدیهی است نمرات واحد اخذ شده بر مبنای حضور مداوم، کیفیت کاری اینجانب، گزارش تهیه شده، نمره گزارش شده از مسؤول کلینیک / مرکز و نظر نهایی مسؤولین گروه و مدیر گروه خواهد بود .

امضاء دانشجو

نظر مدیر گروه و معاون آموزشی گروه: