Sosiaali- ja terveysalan koulutuskäyttö-sopimuksen yhteystiedot

Jos harjoittelupaikan kanssa on voimassa oleva sopimus, täytetään lomakkeesta vain kohdat *Harjoittelupaikan tiedot* sekä *Opiskelijan tiedot*. Kohta *Koulutuskäyttösopimuksen hyväksyjän tiedot* täytetään, mikäli voimassaolevaa sopimusta ei ole.

|  |
| --- |
| Harjoittelupaikan tiedot (TÄYTETTÄVÄ AINA) |
| Harjoittelupaikan virallinen nimi |       |
| Yksikkö/Osasto |       | Onko kyseessä projekti? kyllä [ ]  ei [ ]  |
| Esimiehen nimi  |       | Virka-asema |       |
| Lähiosoite |       | Postiosoite |       |
| Puhelin |       | Matka-puhelin |       |
| Sähköposti |       | Faksi |       |

|  |
| --- |
| Koulutuskäyttösopimuksen hyväksyjän tiedot (TÄYTETTÄVÄ, JOS EI OLE VOIMASSAOLEVAA SOPIMUSTA) |
| Nimi  |       | Virka-asema |       |
| Lähi-osoite |       | Posti-osoite |       |
| Puhelin |       | Faksi |       |
| Sähköposti |       |
| Sopimustehdään:  | Toistaiseksi  | [ ]  | Ajalle: (mistä mihin) |       | - |       |
| Korvaus: |       | €/opiskelija/viikko (5 päivää)max 35 € (sis. suojavaate+pukut.) |       | €/opiskelija/päivä (vajaat viikot)Max 7 € (sis. suojavaate + pukut.) |

|  |
| --- |
| Opiskelijan tiedot (TÄYTETTÄVÄ AINA) |
| Nimi |       |
| Ryhmä-tunnus |       |
| Harjoitteluaika  | vkot: (mistä mihin) |       | - |       | päivät: (mistä mihin) |       | - |       |
| Harjoittelupaikka on luvattu | [ ]  | Kenen kanssa olet neuvotellut paikasta: (nimi, virka-asema ja yhteystiedot) |
| Harjoittelupaikka on vielä epävarma | [ ]  |       |
| Oppilaitoksesta otettava yhteyttä yhteyshenkilöön | [ ]  |       |

**Lomakkeen palautus: Tiina Poranen, tiina.poranen@kamk.fi, Kajaanin ammattikorkeakoulu, PL 52, 87101 Kajaani, puh. (08) 6189 9235, 044 710 1163**