|  |
| --- |
|  Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz 20 iş günü zorunlu yaz stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesini ( e ) bendi hükümleri uyarınca, öğrencinin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 iş günlük “İş Kazası ve Meslek Hastalığı’’ sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır. ………………………….Sağlık Bilimleri Fakültesi ………………………. Bölümü Bölüm Başkanı  |
| **STAJ YAPACAK ÖĞRENCİ** |
| Adı Soyadı |   |
| Bölümü |   |
| Öğrenci Numarası |   |
| E-posta / Telefon |   |   |
| İkamet Adresi |   |
| **STAJ YAPILACAK KURUM** |
| Adı |   |
| Adresi |   |
| Telefon |   | Faks |   |
| E-posta |   | Web |   |
| Staja Başlama Tarihi |   | Bitiş Tarihi |   |
|  |  |  |  |  |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **STAJ YAPILACAK KURUM ONAYI** |
|
|
|
| *NOT: Bu form üç nüsha olarak düzenlenecektir. Öğrenci Staj Başvuru Formunu Staj yapacağı kuruma onaylattıktan sonra diğer nüshasını Bölüm Başkanlığına teslim edecektir. Bütün belgeleri staj başlamadan en az on (10) gün önce Bölüm öğrenci işlerine teslim etmeniz gerekmektedir.* |
|
|