



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Zorunlu Staj Başvuru Formu

Resim Yapıştırınız

“.....” Hastanesi.....
..... Bölümü /Programı öğrencileri öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır. Yüksek öğrenim sırasında zorunlu staja tabi tutulan öğrenciler için öğrenim gördükleri yüksek öğretim kurumu, prim ödeme yükümlüsüdür. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajınıiş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

ÖĞRENCİNİN ADRES KAYIT BİLGİLERİ

Adı-Soyadı		Mahalle	
Yük. Okul No.		Cadde	
Mail Adresi		Sokak	
Cep Telefonu		Kapı No./Daire	
Posta Kodu		İlçe/ İl	

STAJ YAPILAN YERİN

Adı					
Adresi					
Üretim/Hizmet Alanı					
Telefon No		FAKS No.			
e-posta adresi		Web Adresi			
Staja Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi	..	Süresi(gün) İŞGÜNÜ

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı				
Görev ve Ünvanı		İmza / Kaşe		
e-posta adresi				
Tarih				

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

Adı-Soyadı		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Baba Adı		İlçe	
Ana Adı		Mahalle- Köy	
Doğum Yeri		Cilt No	
Doğum Tarihi		Aile Sıra No	
T.C.Kimlik No.		Sıra No	
N.Cüzdan Seri No		Verildiği Nüfus Dairesi	
S.S.K. No.		Veriliş Nedeni	
Sigorta devam ediyor mu?	Evet () Hayır ()	Veriliş Tarihi	

ÖĞRENCİNİN İMZASI

STAJ KOMİSYONU
BAŞKANI/BÖLÜM BAŞKANI

FAKÜLTE /
YÜKSEKOKUL ONAYI

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim		Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır.
Tarih:	Tarih:	Tarih:

NOT: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5/b maddesi gereğince iş kazası ve meslek hastalığına karşı sigortası Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.