03.10.2016



Kod.No:F.DAU.SBF.016

Rev No/ Tar: 00 / 00

Zorunlu Staj

Başvuru Formu

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Resim Yapıştırınız

“**.............................................................................” (Buraya staj yapacağınız**

**firmanın açık adı yazılmalıdır.** Sağlık Yönetimi programı öğrencilerini

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 yü-

kümlüsüdür. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını 45 iş günü süreyle

kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**ÖĞRENCİNİN ADRES KAYIT BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı |  | Mahalle |  |
| Yük. Okul No. |  | Cadde |  |
| Ev Telefonu |  | 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) | 45 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  Tarih: | | Tarih: | | Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır.  Tarih: | | |

**ÖNEMLİ NOT**: Bu belgenin **3 asıl nüsha ayrı ayrı doldurulmuş olarak (fotokopi değil) ekinde 1 adet Nüfus Cüzdan Fotokopisi ,1 adet İkametgah**

**belgesi ve sağlık yardımı bildirim formu ile birlikte ilgili birime staj takviminde belirtilen süreler içinde teslim edilmesi gerekmektedir.**