|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  **ZORUNLU STAJ SÖZLEŞMESİ** |
| **ÖĞRENCİNİN** | |
| Adı Soyadı |  |
| T.C Kimlik Numarası |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Telefon |  |
| Bölümü/Program |  |
| Staj Başlama Tarihi | 02.07.2018 |
| Staj Bitiş Tarihi | 10.08.2018 |
| Zorunlu Staj Ders Kodu | YAZ 201 |
| Staj Süresi | Haftada ..5.. gün/ Toplam..30..iş günü |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhütü**  Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.** Bu nedenle staj sürem boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. (Ailesinden sigortalı olan veya 25 yaşın altındaki öğrencilerimizin bu kısmı işaretlemeleri gerekmektedir.)  Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.** Bu nedenle staj sürem boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.  **ÖĞRENCİNİN**  Adı Soyadı:  İmzası:  Tarih: | |
| **ÜNİVERSİTE ADINA:**  5510 sayılı Kanunun 5. Maddesinin (b) bendi gereğince stajını yapacak öğrencilerimizin ‘İş Kazası ve Meslek Hastalığı’ primi yukarıda belirtilen süreler içerisinde Üniversitemiz tarafından ödenecektir.  Yukarıda bilgileri verilen öğrencimizin belirtilen sürelerde stajını kurumunuzda yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini bilgilerinize sunarım.  **S.H.M.Y.O MÜDÜRÜ**  Adı Soyadı:  İmzası: | |
| **STAJ KURUMU ONAYI** | |
| Kurum Unvanı |  |
| Yetkilinin Adı Soyadı |  |
| Yetkilinin E-posta adresi |  |
| Kurumun Adresi |  |
| Tel/Faks Numarası |  |
| Faaliyet Alanı (Sektör) |  |
| Staj Yapılan Departman |  |
| Yukarıda açık kimliği belirtilen öğrencinin ilgili tarihlerde iş yerimizde 3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanunu’nun şartlarına uygun şekilde **Stajyer olarak çalışması** uygun görülmüştür.  **İŞLETME ONAYI**  Kurum Kaşesi  Tarih ve İmza | |