SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

5510 SAYILI SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU KAPSAMINDA STAJ YAPAN ÖĞRENCİYE AİT BİLGİ FORMU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ:

TC Kimlik No		Öğrenci No	
Adı, Soyadı		Bölümü	
Baba Adı		Anne Adı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
E-posta		Cep telefonu	
Adresi			

ÖĞRENCİ ONAYI:

Stajyer öğrenci olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b Maddesi uyarınca çalışmak istiyorum. Kendimden, ailemden annem-babam üzerinden GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA sağlık hizmeti ( ) alıyorum, ( ) almıyorum.

Beyanımın doğruluğunu kabul ediyorum. Durumumda değişiklik olması veya iş yerinde kaza geçirmem halinde durumu bir (1) iş günü içinde Yüksekokul Müdürlüğüne bildireceğimi, hatalı, eksik ve/veya hatalı bilgileri zamanında bildirmememden kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini kabul ve taahhüt ederim.

Öğrencinin adı, soyadı ve imzası

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMEYLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ VE EĞİTİM UYGULAMA KURULU BAŞKANLIĞINA

1. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5. maddesi (b) bendi uyarınca "yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu staja tabi tutulacak öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır." hükmü yer almaktadır. Ayrıca aynı kanunun "prim ödeme yükümlüsü" başlıklı 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendinde "yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu staja tabi tutulacak öğrenciler için öğrenim gördükleri yüksek öğretim kurumu" tarafından primlerinin ödeneceği belirtilmektedir.
   Bu kanunun belirtilen hususları bana ve öğrenim gördüğüm kuruma bazı yükümlülükler getirmektedir. Bu nedenle;
   a) Staj süremin başlangıç ve bitiş tarihlerini doğru ve eksiksiz olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Staj ve Eğitim Uygulama Kurulu Başkanlığına bildireceğimi,
   b) Staj süremin başlangıç ve/veya bitiş tarihlerini yasal mazeretler dışında değiştirme talebinde bulunmayacağımı,
   c) Yasal mazeretim nedeni ile staj süremin başlangıç ve/veya bitiş tarihlerinde değişiklik olursa, 24 saat içinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Staj ve Eğitim Uygulama Kurulu Başkanlığına bildireceğimi,
   d) Belirlenen staja yerime yasal ve mücbir sebeplerden dolayı gidememem halinde, durumu 24 saat içinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Staj ve Eğitim Uygulama Kurulu Başkanlığına bildireceğimi,
   e) Staja başladıktan sonra stajımı yasal veya mücbir sebeplerden dolayı yarım bırakmam halinde, durumu 24 saat içinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Staj ve Eğitim Uygulama Kurulu Başkanlığına bildireceğimi.

2. Stajım süresince işyerinin çalışma programına, mesai saatlerine ve çalışma kural ve ilkelerine uyacağımı,

3. Stajım süresince stajımı yaptığım işyerinde çektiğim fotoğrafları, yürüttüğüm çalışmalar sırasında elde ettiğim/kullandığım her türlü bilgi ve belgeyi işyeri yetkililerinden izinsiz olarak hiçbir suretle kullanmayacağımı, kitle iletişim araçları ile internet ortamında üçüncü şahıslarla paylaşmayacağımı,

Bu taahhütnamenin maddelerinde açıkça belirtilen yükümlülüklerin aksine tutum ve davranışta bulunmam halinde doğacak tüm hukuki sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza: