



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

.../.../....

İlgili Makama

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin, kurumunuzda .../.../....-.../.../....tarihleri arasında (30) iş günü zorunlu yaz stajını yapmak üzere başvurusu tarafımızca onaylanmış olup; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında uygulama süresince iş kazası ve meslek hastalığı sigortası Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır. Yönetiminizce de uygun görülmesi halinde kendisine staj imkanının tanınmasını ve aşağıda yer alan onay bölümünün doldurularak tarafımıza iletilmesini arz/rica ederim.

Öğrencinin: (Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Adı Soyadı		TC No		Fotoğraf
Bölüm-Sınıf		Cep No		
E-posta		Öğrenci No		
İkametgah Adresi				

Doç. Dr. Hasan Hüseyin EKER
SHMYO Müdürü

Staj Yapılacak Yerin: (Bu bölüm ilgili kurum tarafından doldurulacaktır.)

Adı			
Adresi			
Tel No			
E-posta			
ONAY Yetkili Adı-Soyadı, Tarih/İmza /Kaşe			