|  |
| --- |
| FOTOĞRAF |

 **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ……………….. BÖLÜMÜ**

**ZORUNLU YAZ STAJ FORMU**

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz Zorunlu Yaz Stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 5. Maddesinin (b) bendi hükümleri uyarınca, öğrencimizin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 iş günü “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigorta primi üniversitemiz tarafından ödenecektir.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

**Prof. Dr. Saadet Yazıcı**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı**

# STAJ YAPAN ÖĞRENCİNİN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | Soyadı |  |
| Öğrenci No |  | T.C Kimlik No |  |
| Öğretim Yılı |  | Sınıfı |  |
| e-posta adresi |  | Telefon No (GSM) |  |
| İkametgah Adresi |  | | |

# STAJ YAPILAN KURUM

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | |  |  | |
| Adresi |  | |  |  | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | |  |  | |
| Telefon No |  | | Faks No. |  | |
| E-posta adresi |  | | Web Adresi |  | |
| Staja Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi(gün) |  |

**KURUM EĞİTİCİ PERSONELİN**

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

**ÖĞRENCİNİN İMZASI STAJ YAPILAN İŞYERİ ONAYI BÖLÜM STAJ DANIŞMANONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.    Tarih:…./…./20 | ADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE  İMZASI          Tarih:…./…./20 | ADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE  İMZASI        Tarih:…./…./20 |

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38 34688 Üsküdar/İSTANBUL Mail: sbf@sbu.edu.tr Tel: 0216 918 96 19 (Dahili: 2604)

*Öğrenciler diğer staj formlarıyla birlikte bu formdan üç nüsha hazırlayacaktır*.