|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Hp\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\KTÜ Logo 1A.JPG | **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ** |  |
| **YAZ STAJI BAŞVURU FORMU** |
| Dok. Kodu:  | Yay. Tar: 26.12.2024 | Revizyon No:  | Rev. Tar:  | Sayfa Sayısı: 01 |

**İLGİLİ MAKAMA**

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi ………………………………………..…………………. Bölümü öğrencisi ……. iş günü süre ile kurumunuzda / işyerinizde Yaz Stajı kapsamında uygulama yapma talebinde bulunmuştur.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında Yaz Stajı yapacak öğrenciler hakkında staj süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin Yüksekokulumuzda zorunlu ders kapsamında olan Yaz Stajını kuruluşunuzda / işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

**Öğrenci Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | Öğrenci No |  |
| T.C. Kimlik No |  | Eğitim-Öğretim Yılı |  |
| İkamet Tezkere No / Geçici T.C. No (Yabancı uyruklu öğrenciler için) |  | Bölümü / Programı |  |
| Baba Adı  |  | Telefon No |  |
| Doğum Yeri / Tarihi |  | E-posta Adresi |  |
| İkametgâh Adresi |  |

**Yaz Stajı Yapılan Yerin**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Hizmet Alanı |  |
| Telefon Numarası |  | Faks Numarası |  |
| E-posta Adresi |  | WEB Adresi |  |

**Yaz Stajı**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi (iş günü)  |   |

**Yaz Stajı Yapılacak Yerin Yetkili Bilgileri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | **Kaşe / İmza / Tarih** |
| Telefon Numarası |  |
| E-posta Adresi |  |
| Adresi |  |
| **Öğrenci Onayı** | **Birim Staj Komisyonu Onayı** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.Tarih: Öğrencinin Adı ve Soyadı / İmzası | Birim Staj Komisyonu BaşkanıUnvan / Ad - Soyad / İmza / Tarih |
|  |
| **Ek:** 1- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi; 2- Aile Sağlık Yardımı Sorgulama Belgesi; 3- SGK Provizyon Belgesi |