



KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
..... BÖLÜMÜ

MESLEKİ UYGULAMA / STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU
ÖĞRENCİNİN
Adı ve Soyadı :
Bölümü-Sınıfı :
Öğrenci Numarası :
T.C. Kimlik Numarası:
Telefon :..... GSM: (.....)..... e-mail:.....
MESLEKİ UYGULAMA / STAJ YAPACAĞI DERSİN ADI:
MESLEKİ UYGULAMA / STAJ YAPACAĞI HASTANE:
Süresi (İş Günü) : iş günü
Mesleki Uygulama / Staj Başlama Tarihi : / /
Mesleki Uygulama / Staj Bitiş Tarihi : / /
...../...../.....
.....BÖLÜM BAŞKANLIĞINA
Yukarıda belirtilen tarihler arasında iş günü mesleki uygulamamı / stajımı yapmak istiyorum. Mesleki uygulamamın / stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerini veya mesleki uygulamadan / stajdan vazgeçmem halinde en az 1 (bir) hafta önceden Fakülte Dekanlığına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezaı yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.
Öğrencinin imzası
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Bölümü öğrencisinin.....kurumunda belirtilen iş günü kadar mesleki uygulama / staj yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.
.....
Bölüm Başkanı
.....BAŞHEKİMLİĞİNE
Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen FakültemizBölümü sınıf öğrencisi/...../.....-...../...../..... tarihleri arasında..... kurumunda zorunlu mesleki uygulama / staj yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87.maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu mesleki uygulama / staj yapacağı döneme ilişkin İş günü “ iş kazası ve meslek hastalığı ” sigortası primi Fakültemiz tarafından ödenecektir. Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür. İlgili öğrencinin kurumunuzda/kuruluşunuzda mesleki uygulama / staj yapmasını olurlarınıza arz/rica ederim.
Fakülte Dekanı
...../...../.....
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin/...../..... -/..... /..... tarihlerinde kurumumuzda/ kuruluşumuzda mesleki uygulama / staj yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi arz / rica ederim.
KURUM YETKİLİSİNİN Adı Soyadı (Ünvanı) Mühür ve İmza

