



SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

PROGRAMI

STAJYER KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN	Adı	
	Soyadı	
	TC Kimlik Numarası	
	Öğrenci Numarası	
STAJIN	Türü	
	Süresi (İş Günü)	
	Staj Başlama ve Bitiş Tarihi	...../...../..... - ...../...../.....

Yukarıda belirtilen tarihler arasında ..... iş günlük stajımı yapacağım.

Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili üniversite birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

...../...../.....  
Öğrenci İmza

Yukarıda kimliği verilen bölümümüzde / programımızda kayıtlı öğrencimizin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Öğrencimizin işyerinizde yapacağı staj süresince, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği, **İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası** Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Bilgilerinize arz/rica eder, öğrencimizin eğitimine sağladığınız değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

(İmza)  
Mesleki Uygulama Komisyonu Başkanı

(Onay)  
Müdürlük

İŞYERİNİN / KURUMUN	Unvanı	
	Adresi	
	Telefon Numarası	
	Faks Numarası	
	İşyeri Sicil Numarası	
	İşyeri Vergi Numarası	
	Ticaret / Esnaf Odası Sicil No.	
	E-posta adresi	
	Faaliyet Alanı (Sektör)	

Yukarıda Adı, Soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin, ilgili tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

İŞYERİNİN veya YETKİLİSİNİN  
Adı Soyadı  
(Unvanı)  
Mühür ve İmza

UYGUNDUR

...../...../.....  
Bölüm / Program Staj Komisyonu Başkanı