



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEK OKULU
ACIL YARDIM VE AFET YÖNETİMİ BÖLÜMÜ

STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

ADI ve SOYADI :

Bölümü-Sınıfı :

Öğrenci Numarası :

T.C. Kimlik Numarası:

S.G.K /Bağ-Kur /Emekli Sandığı /SSK Numarası (Varsa):

Adresi :

Telefon : GSM() e-mail:

STAJ DÖNEMİ: Staj Dönemleri Aşağıda Belirtilen Ayların ilk haftası başlar
Haziran Temmuz Ağustos

STAJ YAPACAĞI DERSİN ADI: STAJ YAPACAĞI KURUM:

Süresi (İş Günü) :

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi : / /..... / /.....

Sayı:/...../.....

ACIL YARDIM VE AFET YÖNETİMİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Yukarıda belirtilen tarihler arasında İş günlük stajımı yapmak istiyorum.

Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin veya stajdan vazgeçmem halinde en az 1 (bir) hafta önceden Yüksekokul Müdürlüğü'ne bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Öğrencinin İmzası

Sayı:/...../.....

SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilenBölümü öğrencisinin Kurumu'nda belirtilen iş günü kadar staj yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Bölüm Başkanı
İmza

Sayı:/...../.....

.....İTFAİYE MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Yüksekokulumuz Bölümü..... sınıf öğrencisi/...../..... -/...../..... tarihleri arasında Kurumunda zorunlu staj yapmak istemektedir.

5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87.maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 (Yirmi) İş günü "iş kazası ve meslek hastalığı" sigortası primi kurumumuz Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü tarafından ödenecektir.

Yaz uygulamasıalanında haftada 40 saat olmak üzere toplam 160 saat (4 hafta) dir. Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür.

İlgili öğrencinin kurumunuzda / kuruluşunuzda staj yapmasını olurlarınıza arz / rica ederim.

.....

Sayı:/...../.....

SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin/...../..... -/...../..... tarihlerinde kurumumuzda / kuruluşumuzda staj yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz / rica ederim.

KURUM YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı

(Ünvanı)

Mühür ve İmza

U Y G U N D U R

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

.....