|  |
| --- |
| **http://www.egiten.net/wp-content/uploads/2010/12/C9Z_Comu.jpgÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **EBELİK 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: | |
| **ARA DÖNEMİ:**  **20 OCAK – 14 ŞUBAT 2020 (20 gün) / 20 Ocak-31 Ocak 2020 (10 gün) / 03 ŞUBAT – 14 ŞUBAT 2020 (10 gün)** | |
| **STAJ YAPACAĞI DERSİN ADI: STAJ YAPACAĞI HASTANE:** | |
| **Süresi ( İş Günü ) : HASTANE YATAK SAYISI:** | |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi : ...... / …… /…… …… / …… /……** | |
| **Sayı: …../…../……**  **………………………………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 Fakülte Dekanlığı’na 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 BİLİMLERİ FAKÜLTESİNE**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen ……………………Bölümü öğrencisinin ………………………………………………………….. Hastanesi’nde belirtilen iş günü kadar staj yapması uygundur.  **Gereğini bilgilerinize arz ederim.**  **Doç. Dr. Ayten DİNÇ**  **Bölüm Başkanı** | |
| **Sayı:**   **…../…../……**  **……………………………………………………BAŞHEKİMLİĞİNE**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Fakültemiz …………. Programı ….. **sınıf** öğrencisi ……/…./…. - …./…./…. tarihleri arasında ……………………………………………………………………………………………………………………………. Hastanesi’nde 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 uygulaması ………………………………………………………… ……………alanında haftada 40 saat olmak üzere toplam **160 saat (4 hafta**) dır. Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür.  İlgili öğrencinin kurumunuzda / kuruluşunuzda staj yapmasını olurlarınıza arz / rica ederim.  ………………………….  **Dekan / Dekan Yardımcısı** | |
| **Sayı: …../…../……**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNE**  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**

**……/……/……**

**………………………………………………………………….. …………………………….. ………………..**

Staj Sorumlusu Müdür

İmza İmza