|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi | **T.C.**  **ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **ZORUNLU YAZ DÖNEMİ STAJI**  **BAŞVURU VE KABUL FORMU** | Fotoğraf |

İlgili Makama,

Fakültemiz öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Zorunlu olarak staja tabi tutulan öğrencimizin stajını kuruluşunuzda yapmasının tarafınızdan kabul edilmesi durumunda 5510 Sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" gereği sigortalılığın başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır.

**Prof. Dr. Ayten DİNÇ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | **Adı Soyadı:** |  | **Öğretim Yılı:** |  |
| **T.C. Numarası:** |  | **Telefon:** |  |
| **Bölümü – Sınıfı:** |  | **E-posta:** |  |
| **Öğrenci Numarası:** |  | **Adresi:** |  |
| **Sosyal Güvencesi** | Yok ( )  SGK ( ) Bağkur ( ) Emekli Sandığı ( ) |
| **Staj Başlangıç Tarihi:** |  | **Ders Adı:** |  |
| **Staj Bitiş Tarihi:** |  |
| **Staj Süresi**  **(iş günü):** |  |
| **Taahhüt / Beyanı** | Aşağıda adı geçen kurumda belirtilen tarihler arasında … iş günü yaz stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini kabul ederim. | | **İmza ve Tarih** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FAKÜLTENİN** |  | **Staj Komisyonu**  **(Kurum Onayından Önce İmzalanacaktır)** | **Sigorta Girişi**  **(Kurum Onayından Sonra İmzalanacaktır)** |
| **Adı Soyadı** |  |  |
| **İmza / Kaşe** |  |  |
| **Tarih** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAJ YAPILACAK KURUMUN**  **(Kurum tarafından doldurulacaktır)** | **Kurum Adı:** |  | | | |
| **Adresi:** |  | | | |
| **Hizmet Alanı:** |  | | | |
| **Telefon:** |  | **Fax:** | |  |
| **E-posta:** |  | **Web Adresi:** | |  |
| Yukarıda adı geçen öğrencinin kurumumuzda yaz stajı yapması **uygundur**. | | | | |
| **Kurum Yetkilisinin** | | | **İmza** |  |
| **Adı Soyadı:** |  | **Kaşe** | |  |
| **Unvanı:** |  | **Tarih:** | | …. / …. / 202.. |

**Not:** Öğrenci Tarafından doldurularak ilgili Bölüm Başkanlığına teslim edilir.