



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ FORMU

İlgili Makama,

Meslek Yüksekokulumuz öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır.

Zorunlu olarak staja tâbi 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.

Doç. Dr. Ayten DİNÇ
Yüksekokul Müdürü

Adı Soyadı			
Öğrenci Numarası		Öğretim Yılı	
T.C. Numarası		Telefon Numarası	
Bölümü			
e-posta Adresi			
İkametgâh Adresi			
Sosyal Güvencesi var mı? Evet () Hayır ()	BAĞKUR'dan sağlık hizmeti alıyor ()		
	SGK'dan sağlık hizmeti alıyor ()		
	EMEKLİ SANDIĞI'ndan sağlık hizmeti alıyor ()		
Staja Başlama Tarihi		Haftalık Çalışma Gün Sayısı	
Staj Bitiş Tarihi		5 Gün ()	

STAJ YAPILAN İŞ YERİNİN (İŞ YERİ TARAFINDAN DOLDURULUCAK)

Kurumun Adı			
Adresi			
Hizmet Alanı			
Telefon No		Faks No.	
e-posta adresi		Web Adresi	

KURUM YETKİLİSİNİN (İŞ YERİ TARAFINDAN DOLDURULUCAK)

Adı Soyadı		İmza / Kaşe	
Görevi/ Unvanı			
Tarih			

ÖĞRENCİ

**PROGRAM
KOORDİNATÖRÜ**

**STAJ KOMİSYONU
BAŞKANI**

SİGORTA GİRİŞİ

Yukarıda adı geçen kurum/işyerinde, belirtilen tarihler arasında 30 işgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini kabul ederim.			
Öğrencinin Adı Soyadı:	Onay	Onay	Onay
Tarih:	Tarih	Tarih	Tarih
İmza:			

**EKLER: 1) Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
2) Müstahaklık Belgesi**