Fotoğraf

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda kimliği belirtilen bölümümüz öğrencisi kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Fakültemiz / Yüksekokulumuz öğrencilerinin 4 yıllık eğitim süresi boyunca bir defa toplam 20 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Fakültemizce/Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

 **SGK DURUMU** (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)  **VAR** ☐ **YOK** ☐

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | İkametgâh Adresi |
| Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | İl: |  |
| Sınıfı |  | İlçe: |  |
| Eğitim Öğretim Yılı |  | Mahalle: |  |
| E-posta adresi |  | Cadde/Sokak: |  |
| Telefon No (GSM) |  | Apt/Daire No: |  |

**STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| Hastane/Kurum/İşveren Adı |  |
| Adresi |  |
| Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Faks No. |  |
| E-posta adresi |  | Web Adresi |  |
| Staja Başlama Tarihi | 29.07.2024 | Bitiş Tarihi | 23.08.2024 |  Süresi (Hafta) | 4 Hafta |

**STAJ YAPILACAK ALANLAR HAFTA**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA |  |

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Görevi |  |
| E-posta adresi |  |
| Tarih |  |
| İşveren S.G.K. Tescil No. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI**Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.**Tarih** | **STAJ KOMİSYONU ONAYI****Tarih** | **STAJ YAPILAN YERİN ONAYI****(İmza ve mühür)****Tarih** |

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.