



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
STAJ BAŞVURU FORMU

Fotoğraf

Sayı:
Konu:

İLGİLİ MAKAMA

Fakültemiz Sağlık Yönetimi bölümü öğrencisi 22 iş günü süre ile kurumunuzda/işyerinizde staj yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, staj süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ile genel sağlık sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacak olup, aşağıda kimlik bilgileri belirtilen öğrencimizin stajını kurumunuzda/işyerinizde yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

Doç. Dr. Alper Veli ÇAM
Bölüm Başkanı

Öğrencinin Bilgileri

Adı Soyadı			
Öğrenci No		Sınıf	
e-posta		Telefon No	
İkametgâh Adresi			

Öğrencinin Nüfus Kayıt Bilgileri

T.C. Kimlik No		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
N. Cüzdan Seri No		İlçe	
Adı		Mahalle- Köy	
Soyadı		Cilt No	
Baba Adı		Aile Sıra No	
Ana Adı		Sıra No	
Doğum Yeri		Verildiği Nüfus Dairesi	
Doğum Tarihi		Veriliş Tarihi	
Veriliş Nedeni			

Staj Yapılacak Kurum/İşyeri Bilgileri

Kurumun/İşyerinin Adı					
Adresi					
Üretim/Hizmet Alanı					
Telefon No		Faks No			
e-posta		Web Adresi			
Staja Başlama Tarihi	26.07.2021	Bitiş Tarihi	24.08.2021	Süresi (iş günü)	22

Öğrencinin İmzası

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, stajımı kendi isteğimle belirtilen tarihler arasında ve belirtilen yerde yapacağımı taahhüt ederim.

İmza:

Tarih:

Staj Komisyonu Başkanı Onayı

Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda staj yapması uygun görülmüştür / görülmemiştir.

İmza:

Tarih:

Staj Yapılacak Kurumun / İşyerinin Yetkili Bilgileri

Adı Soyadı		(Kaşe/İmza/Tarih)
Görev ve Unvanı		
e-posta		