T.C.

Fotoğraf

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**STAJ BAŞVURU FORMU**

**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 kuruluşunuzda/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 Yerin Bilgileri**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kurumun/Kuruluşun Adı |  | | | | | |
| Adresi |  | | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | | |
| Telefon No |  | | Faks No | |  | |
| e-posta |  | | Web Adresi | |  | |
| Staja Başlama Tarihi | **29.06.2020** | Bitiş Tarihi | | **29.07.2020** | Süresi (iş günü) | **22** |

**Staj Yapılacak Kurum (İşyeri) Yetkili Bilgileri**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **STAJ KOMİSYONU ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu ayrıca stajımı belirtilen tarihler arasında ve belirtilen yerde yapacağımı taahhüt ederim.  İmza:  Tarih: | Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda staj yapması uygun görülmüştür / görülmemiştir.  İmza:  Tarih: |

**NOT:**

1. Form öğrenciler tarafından 2 nüsha halinde doldurularak staj yapılacak kuruma onaylatılacak ve staja başlama tarihinden **en az 30 gün önce** Staj Komisyon Başkanlığına teslim edilecektir.
2. Hafta sonu ve Resmi tatil günlerinde staj yapılmayacaktır.