Ek 1 - Staj Başvuru Formu

**T.C.**

Fotoğraf

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**STAJ BAŞVURU FORMU**

**Sayı:**

**Konu:**

**İLGİLİ MAKAMA**

Fakültemiz **Sağlık Yönetimi** bölümü öğrencisi **20** 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.

 **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 |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi (iş günü) | **20** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrenci̇ni̇n İmzası** |  **Staj Komi̇syonu Başkanı Onayı** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, stajımı kendi isteğimle belirtilen tarihler arasında ve belirtilen yerde yapacağımı taahhüt ederim.İmza:Tarih: | 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 |  |