

T.C.
İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ BAŞVURU FORMU

İLGİLİ MAKAMA

..... / / 20

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz, kurumunuzda staj/uygulama talebinde bulunmaktadır. Kabul edildiği takdirde staj/uygulama başlangıç ve bitiş tarihlerinin başlama tarihinden en az 20 gün önce öğrenciye bildirilmesi halinde zorunlu staja/uygulamaya tabii tutulan öğrencimiz için, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5. Maddesinin (b) bendi hükümleri uyarınca, Sosyal Sigortalar Kurumu Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi düzenlenerek, bakmakla yükümlü olunanlar için “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigortası primi, ayrıca bakmakla yükümlü olmayanlar için “Genel Sağlık Sigortası” primi Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Öğrencimizin kurumunuzda stajını/uygulamasını yapmasının uygunluk durumunu bildirmeniz hususunu arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Muhsin ÖZTÜRK
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü

STAJ/UYGULAMA YAPACAK ÖĞRENCİ				
Adı Soyadı		Öğrenci No		Dönemi
Bölüm		Program		
STAJ/ UYGULAMA YAPACAK ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ				
T.C. Kimlik No		Telefon		
Doğum Yeri/Tarihi		e-posta		
Baba Adı		SGK No		
Aileniz üzerinden sağlık hizmetinden faydalıyor musunuz?				
Banka ve IBAN No				
İkamet Adresi				
Staja Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Gün Sayısı (İş Günü)
İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği ile Staj/Uygulama Yönergesi hükümleri gereği staj dersimin yapılmasının zorunlu olduğunu, staj/uygulamaya yukarıda belirtilen tarihler arasında kesintisiz devam edeceğimi, geçerli bir mazeretim nedeniyle devamsızlığımın belgelerini Program Başkanına ve Staj Koordinatörlüğü'ne bildireceğimi, stajım esnasında kullanacağım ve Üniversitem tarafından şahsıma teslim edilecek cihazları staj/uygulama süresi sonunda sağlam ve eksiksiz geri teslim edeceğimi, staj defterimi usulüne uygun dolduracağımı, stajımı yaptığım kurumların stajyerlere uyguladıkları kurallara uyacağımı, kabul ve taahhüt ederim. / 20				
Öğrenci Adı Soyadı : İmzası :				
STAJ/ UYGULAMA YAPILACAK KURUM				
Yukarıda adı geçen öğrencinin stajını /..... tarihleri arasında kurumumuzda yapması uygundur.				
Bilgilerinize arz / rica ederim.				
Kurumun Adı		Yetkilinin Kaşe ve İmzası		
Telefon No				
Adresi				
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu gereği yukarıda yer alan bilgilerimin Sosyal Güvenlik Kuruluşu ile paylaşılmasına muvafakat eder, staj yapacağımı taahhüt ettiğim kurum ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.				
PROGRAM BAŞKANLIĞI				
Yukarıda adı geçen öğrencimin stajını/.....tarihleri arasında Kurumunda yapması uygundur. Bilgilerinize arz ederim.				
Program Başkanı				

ÖNEMLİ NOT: Staj yapacak öğrencilerimizin staj başvuru formunu staj başlangıç tarihinden en az 10 gün önce Müdürlüğümüze teslim etmesi gerekmektedir. İş bu belge 1 asıl 2 fotokopi olmak üzere 3 nüsha olarak doldurulacaktır.

EKLER: 1 Adet Nüfus Cüzdan Fotokopisi