

İlgili Makama,

Üniversitemiz Bölümü / Programı öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, klinik, kuruluş ve işletmelerde uygulama/intörn/staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır.
Zorunlu olarak uygulama/intörn/staja tâbi tutulan öğrencimizin uygulama/intörn/stajını kuruluşunuzda yapmasının tarafınızdan kabul edilmesi durumunda, 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği sigortalılığın başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır.
Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin uygulama/intörn/stajını iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

FOTOĞRAF

BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı

Öğrenci Numarası

Öğretim Yılı

Dersin Kodu-Adı

Telefon Numarası

E-posta Adresi

İkametgah Adresi

T.C. Kimlik No

SGK No (Var ise)

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, uygulama/intörn/staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma/kurum ile ilgili evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.

İmza

STAJ YERİ VE TARİHİ

Staj Yapılan Hastane / Poliklinik Adı

Başlama Tarihi

Bitiş Tarihi

Süresi (İş Günü)

BÖLÜM SEKRETERİ / PROGRAM STAJ
KOORDİNATÖRÜ
ONAYI

YÜKSEKOKUL SEKRETERİ ONAYI

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

ÖNEMLİ NOT: Bu belgenin, 2 nüsha olarak düzenlenip, ilan edilen tarihlerde, nüfus cüzdanı fotokopisi ve 2 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte / Bölüm / Yüksekokul Sekreterliklerine teslim edilmesi zorunludur.

İlgili Makama,

Üniversitemiz Bölümü / Programı öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, klinik, kuruluş ve işletmelerde uygulama/intörn/staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır.
Zorunlu olarak uygulama/intörn/staja tâbi tutulan öğrencimizin uygulama/intörn/stajını kuruluşunuzda yapmasının tarafınızdan kabul edilmesi durumunda, 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği sigortalılığın başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır.
Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin uygulama/intörn/stajını iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

FOTOĞRAF

BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
Öğrenci Numarası	
Öğretim Yılı	
Dersin Kodu-Adı	
Telefon Numarası	
E-posta Adresi	
İkametgah Adresi	
T.C. Kimlik No	
SGK No (Var ise)	

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, uygulama/intörn/staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma/kurum ile ilgili evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.

İmza

STAJ YERİ VE TARİHİ

Staj Yapılan Hastane / Poliklinik Adı					
Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Süresi (İş Günü)	

BÖLÜM SEKRETERİ / PROGRAM STAJ
KOORDİNATÖRÜ
ONAYI

YÜKSEKOKUL SEKRETERİ ONAYI

Adı Soyadı:		Adı Soyadı:	
Tarih:		Tarih:	
İmza:		İmza:	

ÖNEMLİ NOT: Bu belgenin, 2 nüsha olarak düzenlenip, ilan edilen tarihlerde, nüfus cüzdanı fotokopisi ve 2 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte / Bölüm / Yüksekokul Sekreterliklerine teslim edilmesi zorunludur.

İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜ'NE

Üniversitemizin Fakültesi / Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu Bölümü / Programı öğrencisiyim.
..... / Eğitim-Öğretim yılı güz / bahar yarıyılında, biriminde Kısmi Zamanlı
Stajyer Öğrenci olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışmak istiyorum.

Ailem (anne/baba/eş) yada kendi üzerimden Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.**

SGK

EMEKLİ SANDIĞI

BAĞ-KUR

Ailem (anne/baba/eş) yada kendi üzerimden Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.**

Yukarıdaki beyanımın doğruluğunu, değişiklik olması durumunda değişikliği bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı Soyadı :

T.C.Kimlik No :

Öğrenci No :

İmzası :

Tarih :