

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜ'NE

Üniversitemizin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Programı öğrencisiyim. biriminde Kısmi Zamanlı Stajyer Öğrenci olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışmak istiyorum.

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

SGK

EMEKLİ SANDIĞI

BAĞ-KUR

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

Yukarıdaki beyanımın doğruluğunu, değişiklik olması durumunda 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. :

İmza :

Tarih :

İlgili Makama,

Üniversitemiz Bölümü / Programı öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır.

Zorunlu olarak staja tâbi tutulan öğrencimizin 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 stajını iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

FOTOĞRAF

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

ÖĞRENCİNİN

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

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

İmza

STAJ YAPILAN YER VE İŞVERENİN/YETKİLİNİN

Staj Yapılan Yerin Adı					
Adresi					
Telefon Numarası					
E-posta Adresi					
İşveren / Yetkili Adı Soyadı					
Görev ve Unvanı					
Telefon Numarası					
E-posta Adresi					
Staj Başlama Tarihi		Staj Bitiş Tarihi		Süresi (iş günü)	

BÖLÜM SEKRETERİ / PROGRAM STAJ KOORDİNATÖRÜ STAJ ONAYI	İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN (Stajını kurum dışında yapacaklar imzalatacaktır.)	FAKÜLTE / YÜKSEKOKUL SEKRETERİ STAJ ONAYI	İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜ
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır.
Tarih:	Tarih:	Tarih:	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:	İmza:	Tarih:
			İmza:

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

İlgili Makama,

Üniversitemiz Bölümü / Programı öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır.

Zorunlu olarak staja tâbi tutulan öğrencimizin 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 stajını iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

FOTOĞRAF

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

ÖĞRENCİNİN

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

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

İmza

STAJ YAPILAN YER VE İŞVERENİN/YETKİLİNİN

Staj Yapılan Yerin Adı					
Adresi					
Telefon Numarası					
E-posta Adresi					
İşveren / Yetkili Adı Soyadı					
Görev ve Unvanı					
Telefon Numarası					
E-posta Adresi					
Staj Başlama Tarihi		Staj Bitiş Tarihi		Süresi (iş günü)	

BÖLÜM SEKRETERİ / PROGRAM STAJ KOORDİNATÖRÜ STAJ ONAYI	İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN (Stajını kurum dışında yapacaklar imzalacaktır.)	FAKÜLTE / YÜKSEKOKUL SEKRETERİ STAJ ONAYI	İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜ
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır.
Tarih:	Tarih:	Tarih:	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:	İmza:	Tarih:
			İmza:

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



SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ ONAY FORMU

Doküman Kodu: ÜNV-SHMYO-FRM-002

Yayın Tarihi: 26.08.2019

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi: .../.../.....

Sayfa 1 / 1

.../.../.....

Sayın İlgili,

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
..... Programı öğrencilerinden numaralı
..... kurumunuz da staj yapmak istemektedir. Bu isteği tarafımızdan
uygun görülmüştür.

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Staj Yönergesine göre öğrencinin yaz döneminde toplam 30 iş günü staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Zorunlu olarak staja tâbi tutulan öğrencimizin 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği sigortalılığın başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır.

Öğrenci, staja kabul edildikten sonra staj karnesi hazırlayacaktır. Hazırlanan karnenin ve staj birim sorumlusu tarafından düzenlenecek olan “Staj Değerlendirme Formu” nun kurumunuz tarafından onaylanması gerekmektedir.

İşbirliğiniz için tekrar teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Staj Komisyonu Başkanı
Dr. Öğr. Üyesi İlyas Samet ERGÜN

(Bu formun Kurum Yetkilisi tarafından doldurulması ve staj yapılan kurum tarafından onaylanması gerekmektedir. Formu daha sonra kapalı bir zarfa koyup, kapalı kısımları imza ve kaşelendikten sonra öğrenciye teslim ediniz.)

Staj Yapan Öğrencinin	
Adı-Soyadı	Fotograf
Programı	
Öğrenci Numarası	
Staja Başlangıç Tarihi	
Staj Bitiş Tarihi	

Staj Yapılan Kurum	
Kurum Adı	
Kurum Adresi	
Telefon	

Stajyer Öğrenci Değerlendirme Tablosu					
Özellikler	Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü
İşe İlgisi					
İşe Devam Durumu					
Alet Teçhizat Kullanma					
Algılama Gücü					
Sorumluluk Duygusu					
Çalışma Hızı					
Uygun ve Yeteri Kadar Malzeme Kullanma Becerisi					
Zamanı Verimli Kullanması					
Problem Çözme Yeteneği					
İletişim Kurma					
Kurallara Uyma					
Ekip Çalışmasına Uyum					
Kendisini Geliştirme İsteği					

Kurum Onayı	
Staj Yeri Yetkilisi Adı-Soyadı	
İmza	

Staj Yapılan Kurum Adı					
Öğrencinin Adı Soyadı					
Sıra No	Tarih	Giriş Saati	Çıkış Saati	İmza	Toplam Çalışma Süresi (Saat)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
		Aylık Toplam Çalışma Saati			
		Staj Yürütücüsünün Adı Soyadı			
		Unvanı			
		İmzası			