

**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 tarafımızdan 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.

**BEZMİALEM 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 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					
Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Süresi (iş günü)	

**BÖLÜM SEKRETERİ / PROGRAM  
STAJ KOORDİNATÖRÜ  
ONAYI**

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

**YÜKSEKOKUL SEKRETERİ ONAYI**

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