



SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU KURUM DIŞI UYGULAMA/İNTÖRN/STAJ FORMU

Doküman Kodu: ÜNV-SHMYO-FRM-004

Yayın Tarihi: 04.05.2023

Revizyon No: 02

Revizyon Tarihi: 09/05/2026

Sayfa 1 / 1

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.

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

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:

İmza

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
Öğrenci Numarası	
Öğretim Yılı	
Dersin Kodu-Adı	
Telefon Numarası	
E-posta 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					
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 Yüksekokul Sekreterliğine teslim edilmesi zorunludur.