



# SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU KURUM İÇİ UYGULAMA/İNTÖRN/STAJ FORMU

Doküman Kodu: ÜNV-SHMYO-FRM-003

Yayın Tarihi: 04.05.2023

Revizyon No: 02

Revizyon Tarihi: 06/05/2026

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 YERİ VE TARİHİ

Staj Yapılan Hastane / Poliklinik Adı

Başlama Tarihi

Bitiş Tarihi

Süresi (iş 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 Yüksekokul Sekreterliğine teslim edilmesi zorunludur.