



# 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.

*Bu doküman elektronik ortamda günceldir.*

*Kâğıt ortamındaki doküman, yayınlayan birimce onaylanmadıkça “KONTROLSÜZ KOPYA”dır.*