

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.

FOTOĞRAF

BEZMİÂLEM 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	FAKÜLTE / YÜKSEKOKUL SEKRETERİ 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, 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.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin uygulama/intörn/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	
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	FAKÜLTE / YÜKSEKOKUL SEKRETERİ 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.

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 :

T.C.Kimlik No :

Öğrenci No :

İmzası :

Tarih :

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

Sayın İlgili,

Aşağıda bilgileri yer alan Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencimiz kurumunuzda staj yapmak istemektedir. Bu isteği tarafımızdan uygun görülmüştür.

Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliğine göre stajın yaz döneminde en az 20 iş günü yapılması gerekmektedir. Aynı yönetmelikte “İşletmenin Görev ve Yetkisi” madde 10’da açıklanmıştır. Yönetmeliğe “www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/06/20210617-2.htm” web adresinden ulaşabilirsiniz.

Zorunlu olarak staja tabi tutulan öğrencimizin 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği sigortalılığın başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır.

Öğrenci, stajı sırasında staj karnesi hazırlayacaktır. Hazırlanan karnenin ve staj birim sorumlusu tarafından düzenlenecek olan “Staj Değerlendirme Formu” nun kurumumuz tarafından onaylanması gerekmektedir.

Öğrenci Bilgileri

Adı, Soyadı:

Programı:

Okul Numarası:

İşbirliğiniz için tekrar teşekkür ederiz.

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

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			

