**T.C.**

**Öğrenci Fotoğrafı**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**ÖĞRENCİ YAZ STAJI BAŞVURU VE KABUL FORMU**

**İLGİLİ MAKAMA**

Fakültemiz Bölümü Uygulama ve Staj Yönergesi gereği; 202…-202… Eğitim Öğretim Yılında yapmakla

yükümlü olduğu yaz stajını, 20 (yirmi) iş günü olarak yapılması gerekmektedir. Zorunlu Yaz Stajı süresince 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası gereğince, öğrencilerin sigorta işlemleri Üniversitemiz tarafından yapılmaktadır. Aynı kanunun 13. Maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince kurumlarda iş kazası olması durumunda aynı gün içinde SGK’ya bildirim ve Dekanlığımıza bilgi verilmesi zorunludur.

3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunun 25. Maddesi uyarınca KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde staj yapan Üniversitemiz/Fakültemiz öğrencilerine ücret ödenmez.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kurum/kuruluşunuzda Dekanlığımızca belirlenen tarihler arasında 20 (yirmi) iş günü zorunlu yaz stajı yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Dekanlığımıza iletilmesi hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Öğrencinin Adı Soyadı |  | | |
| Öğrenci No |  | Öğrenim Yılı |  |
| E-Posta Adresi |  | Telefon No |  |
| İkametgah Adresi |  | | |

**STAJ YAPILAN YERİN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | |  | | |
| Adresi |  | |  | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | |  | | |
| Telefon No |  | |  | | |
| E-Posta Adresi |  | |  | | |
| Staja Başlama Tarihi |  | Staj Bitiş Tarihi |  | Süresi (Gün) |  |

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | İmza:  Kaşe/Adı Soyadı: |
| Görevi ve Unvanı |  |
| E-Posta Adresi |  |
| Tarih |  |

**ÖĞRENCİNİN NÜFUSA KAYIT BİLGİLERİ** (Staj Başvurusu kabul edildiği taktirde öğrenci tarafından doldurulur)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soyadı |  | Doğum Yeri |  |
| Adı |  | Doğum Tarihi |  |
| Baba Adı |  | T.C. Kimlik No |  |
| Ana Adı |  |  |  |

**ÖĞRENCİNİN İMZASI SBF KOORDİNATÖR / STAJ KOMİSYONU ONAYI İŞ YERİ YETKİLİSİ ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu  bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen kurumla ilgili staj evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.  İmza:......................................................  Adı Soyadı: ............................................  Tarih:...................................................... | İmza:....................................................  Adı Soyadı: ............................................ | İmza:............................................  Adı Soyadı: .................................. |

**ÖNEMLİ NOT:** Bu formlar staj başlama tarihinden **en az 1 ay önce 3** nüsha olarak hazırlanıp onaylandıktan sonra Fakültemize teslim edilir. Teslim edilmez ise iş kazası ve meslek hastalığı sigortası girişleri yapılamayacaktır.