

# (Staj Yeri Kabul Formu)

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

Aşağıda bilgileri yazılı okulunuz öğrencisi ...................................................’ ın ...... iş günü stajını kurumumuzda / işyerimizde yapması uygun görülmüştür.

İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihler dışında stajyer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını taahhüt eder, bu tarihler arasındaki “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta” priminin okulunuz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

**Tarih**

**Kurum / İşyeri Yetkilisinin Unvanı Adı Soyadı ve İmzası**

**Kurum / İşyeri Kaşesi ya da Mührü**

***(Aşağıda bulunan her iki tablonun eksiksiz ve doğru olarak doldurulması ve staj başlangıç tarihinden en az 10 gün önce okulumuza teslim edilmesi staj yerinin okulumuzca kabul edilebilmesi açısından önemlidir )***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | | | | **Açıklama** |
| **Adı Soyadı** |  | | | **Öğrenciye ait kişisel bilgiler tam ve doğru olarak doldurulmalıdır** |
| **Okul Numarası** |  | | |
| **Öğrenim Gördüğü Program** |  | | |
| **TC Kimlik No** |  | | |
| **SGK Sigorta Sicil No** |  | | | **Var ise** |
| **Staj Başlama Tarihi** |  | **Başlayacağı gün yazılacak** | ***Haftalık Çalışma Gün Sayısı*** | **İki tarih arası; haftalık çalışma gün sayısına göre belirlenmelidir.** |
| **Staj Bitiş Tarihi** |  | **Biteceği gün yazılacak** |  |
| **İkamet Adresi** |  | | | **Öğrencinin ev adresi yazılmalıdır.** |
| **Telefon No. Cep / Ev** |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kurum / İşyerinin** | | **Açıklama** |
| **Adı (Unvanı)** |  | **İşyerinin Tam Adı yazılacak** |
| **Faaliyet Alanı** |  | **Kısaca, faaliyet alanı ile ilgili bilgi verilecek** |
| **Stajyeri kabul eden birimin adı** |  | **Öğrencinin, staj yapacağı birimin adı yazılacak** |
| **Telefon ve Fax numarası İleti adresi (e-mail)** |  | **İşyerine ait telefonlar ve varsa diğer iletişim bilgileri yazılacak** |
| **Açık Adresi** |  | **İşyerinin tam adresi yazılacak (Staj Birim Sorumlusunun işyerini ziyareti için gerekli)** |

----------------------------------------(**Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır)**---------------------------------

Yukarıda adı geçen kurum / işyerinde, belirtilen tarihler arasında ……. . İşgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini kabul ederim.

…./…../…….

(Öğrencinin Adı Soyadı-imzası)

---------------------------------------(**Bu kısım okulumuzca doldurulacaktır)**---------------------------------------

Onay Onay Onay

Staj Birim Sorumlusu Program Staj Danışmanı Staj Komiyon Başkanı