**simge, sembol, grafik, yazı tipi, logo içeren bir resim

Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**

**T.C.**

**MUNZUR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**STAJ BAŞVURU FORMU**

Fakültemiz ……………………………………………………… Bölümü öğrencisi …….. iş günü süre ile kurumunuzda/işyerinizde staj yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı Kanunu’nun 87. maddesi uyarınca stajyer sigorta primi okulumuz tarafından ödenecektir. Staj yapılacak iş yeri tarafından doldurulan bu formun öğrenci tarafından okula teslim edilmesiyle birlikte staj tarihlerini kapsayan “İşe Giriş Bildirgesi” okulumuz tarafından yapılacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde gerçekleştirmek istediği staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

**BÖLÜM BAŞKANI**

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | T.C Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı |  |
| Bölümü |  | Sınıfı |  |
| E-posta adresi |  | Telefon No |  |
| İkametgah Adresi |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Güvencesi** | Genel Sağlık Sigortası | Yeşilkart | Sağlık güvencem yok |

**STAJ YAPILAN YERİN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ADI |  | |
| ADRESİ |  | |
| STAJ YAPILAN BİRİM/BİRİMLER |  |  |
| TELEFON NO |  | |
| E- POSTA ADRESİ |  | |
| FAX NO |  | |
| WEB ADRESİ |  | |
| STAJA BAŞLAMA TARİHİ |  | |
| STAJI BİTİRME TARİHİ |  | |

**STAJ YAPILACAK KURUM/YETKİLİSİNİN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | Kurumumuzda/İşletmemizde staj yapması uygundur.  İmza/Kaşe  Tarih |
| Görev ve Unvanı |  |
| E- posta Adresi |  |
| Kurum Adresi |  |

**MUNZUR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, belirtilen gün ve saatlerde staj yapacağımı her ne sebeple olursa olsun stajımı yapmadığım takdirde doğacak bütün sorumlulukları kabul, beyan ve taahhüt ederim. Ayrıca uygulamalara başlamadan önce iş sağlığı ve güvenliği eğitimi ile Covıd-19 Hastalığı ve Bulaş yolarına ilişkin gerekli bilgilendirmelerin yapıldığını taahhüt ederim.

**Öğrencinin;**

|  |
| --- |
| Adı Soyadı: Öğrenci No: İmza: Tarih: |

**Staj Komisyon Başkanı Onayı:**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Öğrencimizin yukarıda adı geçen kurumda staj yapması uygun görülmüştür. İmza: Tarih: | |

**AÇIKLAMALAR**

***1-Geçerli bir mazereti dolayısıyla stajına ara veren veya rapor alan öğrenciler bu durumu aynı gün içerisinde okulumuza bildirmek zorundadırlar. Aksi takdirde kamu zararına neden olacakları için haklarında disiplin soruşturması açılacaktır.***

***2-Bu form ilgili öğrenci tarafından onaylatılarak staj başlama tarihinden en geç 10 gün öncesinde veya fakültenin belirlediği bir tarihe kadar öğrenci işlerine teslim edilir.***

***3-Formdaki tüm bilgilerin eksiksiz ve okunaklı olarak doldurulması gerekmektedir. Boş alan bırakmayınız. Herhangi bir yerinde eksiklik olan ya da okunaklı doldurulmayan formlarla yapılan başvurular kabul edilmez ve staj geçersiz sayılır.***

***4- 5510 Sayılı Kanun’un 87. Md. Gereği öğrencilerin İş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primleri SGK’ya Fakültemizce ödeneceği için, öğrencilerin staja başlama ve staj bitiş tarihleri çok önemlidir ve tarihlere uyulması zorunludur. Süresi içinde staja başlamayan veya staj süresinde durumlarında değişiklik olan öğrencilerin ivedilikle Fakültemize bildirilmesini rica ederiz.***

**Sağlık Bilimleri Fakültesi İletişim Bilgileri:** Munzur Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Aktuluk Mah. Merkez /TUNCELİ

**Tel No:**  04282132231

**E-mail:** **sbfstajbelgeleri@munzur.edu.tr**