|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  **………………………………………………. PROGRAMI** | | | | | |
| **ZORUNLU STAJ KABUL FORMU** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** | | | | |
| **Fakülte Numarası** | | **:** | | | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** | | | | |
|  | |  | |  | | |
| **YAPACAĞI STAJIN** | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| **Türü** | | **:** | | | | |
| **Süresi (İş Günü)** | | **:** | |  | | |
| **Staj Başlama** | | **:** / /201.. Bitiş Tarihi / /201.. | |  | | |
| Yukarıda belirtilen tarihler arasında iş günlük stajımı yapacağım. | | | | | | |
| - Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (Program Başkanlığına) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.    / /  Öğrencinin İmzası | | | | | | |
| Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca  Öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.. O N A Y | | | | | | |
|  | | | | | |  |
| MÜDÜRLÜK | | | | | |  |
|  | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | | |
| **Ünvanı** | | | **:** | | | |
| **Adresi** | | | **:** | | | |
| **Tel Numarası** | | | **:** | | | |
| **Fax Numarası** | | | **:** | | | |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | | | **:** | | | |
| **Firmanın Vergi Numarası** | | | **:** | | | |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | | | **:** | | | |
| **E-Posta Adresi** | | | **:** | | | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | | | **:** | | | |
| Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.  İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN | | | | | | |
| Adı Soyadı :  **Ünvanı :**  **Mühür ve İmza :** | | | | |  | |
|  | | | | | | |
| **UYGUNDUR** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Bölüm Staj Yetkilisi | | | | | | |
| **Not :1-**Öğrenci Staj Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine teslim etmek zorundadır.  2-Staj Kabul Formuna nüfus cüzdanı fotokopisi eklenerek iki (2) adet düzenlenecektir.  3-Staj Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci staja başlayamaz. Aksi halde yapılacak staj kabul edilmez. | | | | | | |

**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**STAJYER ÖĞRENCİ VEYA**

**KISMİ ZAMANLI ÇALIŞAN ÖĞRENCİ**

**BEYAN VE TAAHHÜTNAMESİ**

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

5510 Sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca biriminizde “Kısmi Zamanlı/Stajyer Öğrenci” olarak çalışmak istiyorum/çalışıyorum.

Aşağıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

|  |
| --- |
|  |

Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.** Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

|  |
| --- |
|  |

Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.** Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No. |  |
| Okulu ve Bölümü |  |
| Okul Numarası |  |
| İkamet Adresi |  |
| GSM Tel. No. |  |
| Tarih |  |
| İmza |  |