

**T.C**

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**STAJ BAŞVURU FORMU**

Sayı: Tarih: …./..../ 20.…

Konu: Yaz Stajı

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz 20 iş günü zorunlu yaz stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca, öğrencinin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 iş günlük “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigortası pirimi, Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Raziye ÖZDEMİR

 Bölüm Başkanı Dekan Yardımcısı

**STAJ TALEP EDEN KURUM**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı | Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü |
| Adresi | Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Demir-Çelik Kampüsü Kılavuzlar 78050 Karabük |
| Tel No | 0370 4187190 | Faks No | 0370 4187191 |

**STAJ YAPACAK ÖĞRENCİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | TC Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | Sınıf |  |
| E-posta  |  | Tel No |  |
| İkametgah Adresi |  |

**STAJ YAPILACAK KURUM**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Tel No |  | Faks No |  |
| E-posta |  | Web Adresi |  |
| Staja Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI**Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. | **STAJ YAPILACAK KURUM ONAYI****İmza****Kaşe/Mühür**  |