



T.C  
**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ**  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**STAJ BAŞVURU FORMU**

Sayı: 01-02  
Konu: Yaz Stajı

Tarih: 17 /01/ 2025

**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 primi, Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

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

Prof.Dr.Tarık Özmen  
Bölüm Başkanı

Dekan Yardımcısı

**STAJ TALEP EDEN KURUM**

Adı	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü		
Adresi	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Demir-Çelik Kampüsü Kılavuzlar 78050 Karabük		
Tel No	0370 418 91 71	Faks No	0370 418 93 53

**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	

<b>ÖĞRENCİNİN İMZASI</b> Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	<b>STAJ YAPILACAK KURUM ONAYI</b> İmza Kaşe/Mühür
--	---