T.C



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Tarih: 22/05/2025

Sayı: 02-16

Konu: Gönüllü Stajı

# GÖNÜLLÜ YAZ STAJI

# BAŞVURU FORMU

Tarih:

# İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz 20 iş günü gönüllü yaz stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca, öğrencinin gönüllü 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.

Hemşirelik Bölüm Başkanı Dekan Yardımcısı

# STAJ TALEP EDEN KURUM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı | Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü | | |
| Adresi | Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Merkez Kampüsü Kılavuzlar 78050  Karabük | | |
| Tel No | 444 0 478 | Faks No | 0370 418 9353 |
| E-posta | [sbf@karabuk.edu.tr](mailto:sbf@karabuk.edu.tr) | Web Adresi | <http://sbf.karabuk.edu.tr/> |

**STAJ YAPACAK ÖĞRENCİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | TC Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı |  |
| E-posta |  | Tel No |  |
| İkametgâh 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.  **Tarih** | **STAJ YAPILACAK KURUM ONAYI**  **İmza**  **Kaşe/Mühür**  **Tarih** |

**NOT:** Bu form üç nüsha düzenlenecektir. Öğrenci **Staj Başvuru Formunu** staj yapacağı kuruma onaylattıktan

sonra bir nüshasını Fakültemize teslim edecektir.

Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Merkez Kampüs, Kılavuzlar, KARABÜK **Tel:** (0 370) 418 9171 **Faks:** (0 370) 418 9353