

Sayı: 01-06
Konu: Yaz Stajı

Tarih: 04/02/2025

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.

Bölüm Başkanı İmza:
Doç. Dr. Asya ÇETİN

Dekan Yardımcısı İmza:

STAJ TALEP EDEN KURUM

Adı	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü		
Adresi	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Demir-Çelik Kampüsü Kılavuzlar 78050 Karabük		
Tel No	(0 370) 418 91 71	Faks No	(0 370) 418 93 53

STAJ YAPACAK ÖĞRENCİ

Adı Soyadı		T.C. Kimlik No	
Öğrenci No		Sınıf	
E-posta		Tel No	
İkametgâh Adresi			

STAJ YAPILACAK KURUM

Adı							
Adresi							
Tel No		Faks No					
E-posta		Web Adresi					
Staja Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi					
Staj Yapacağımız hafta günlerini işaretleyiniz:	Pazartesi <input type="checkbox"/>	Salı <input type="checkbox"/>	Çarşamba <input type="checkbox"/>	Perşembe <input type="checkbox"/>	Cuma <input type="checkbox"/>	Cumartesi <input type="checkbox"/>	Pazar <input type="checkbox"/>

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