

 FBU FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ	SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU EK-2 STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU	Doküman Kodu	FR.SHMYO.01
		Yayın Tarihi	21.05.2025
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon Numarası	00
		Gizlilik Sınıfı	Hizmete Özel

Fakültemizde öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda yazılı öğrencimiz belirtilen tarihlerde zorunlu yaz stajı uygulamasını kurumunuzda/kuruluşunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin **yirmi (20)** iş günü **“İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası”** primi yasa gereğince Üniversitemiz tarafından ödenecektir.

Adı Soyadı:

Program/Sınıfı:

Öğrenci Numarası:

T.C. Kimlik Numarası:

Adres:

GSM:

Dönem:...../..... Eğitim ÖğretimYarıyılı

Staj Yapacağı Kurum:

Staj Süresi (İş Günü): **20 gün**

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi:

.....**PROGRAM BAŞKANLIĞINA,**

Yukarıda belirtilen tarihler arasında **20** iş gününü kapsayan stajımı yapmak istiyorum. Stajı **20** iş günü dolmadan herhangi bir mazeret nedeniyle bırakmam durumunda en geç 2 (iki) iş günü içerisinde Program Başkanlığına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

.....**İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜNE,**

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilenProgramı öğrencisinin kurumunda belirtilen iş günü kadar zorunlu yaz stajı uygulaması yapması uygundur.

İlgili öğrencinin kurumunuzda/kuruluşunuzda staj yapması için gereğini arz/rica ederim.

.....
Öğretim Elemanı
İmza

(İŞLETME/KURUM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

Yukarıda ismi ve bilgileri yazılı olan öğrencinin kurumunuzda **yirmi (20)** iş günü staj yapması uygundur.

İşletme/Kurum Sorumlusu

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

	HAZIRLAYAN	KONTROL	ONAY
Unvan	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü	Strateji ve Kalite Direktörlüğü	GENEL SEKRETERLİK
İmza			