

 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	10.06.2026
		Revizyon Numarası	01
		Gizlilik Sınıfı	Hizmete Özel

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulumuzda 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:

Telefon Numarası:

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 MÜDÜRLÜĞÜNE/DİREKTÖRLÜĞÜNE,**

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Programı 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 kurumumuzda **yirmi (20)** iş günü staj yapması uygundur.

İşletme/Kurum Sorumlusu

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza: