



## SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

### ..... BÖLÜMÜ STAJ/MESLEKİ UYGULAMA DOSYASI

*Değerli Öğrencimiz,*

“Staj/Mesleki Uygulama” dersleri kapsamında uygulamaların sorunsuz yürütülmesi ve tamamlanması için bu rehber hazırlanmıştır.

### LÜTFEN BU DOSYAYI VE EKLERİNİ AŞAĞIDAKİ BİLGİLERİ DİKKATLE OKUYARAK DOLDURUNUZ!

1. **Staj/Mesleki Uygulama Başvuru ve Kabul Formunu** eksiksiz ve hatalı bilgi içermeksizin **mavi** tükenmez/dolma kalem ile doldurup, **fotoğraf yapıştırarak** teslim ediniz.
2. İlgili formu doldurduktan sonra imzalayarak **sorumlu öğretim elemanına**, imzalatarak uygulama yapacağınız kurumun İnsan Kaynakları/egitim birimine/müdürlüğüne götürünüz.
3. Uygulama yapılacak kurum/hastanede imzalanan evrakın bir nüshası/kopyasını **bölümünüze** teslim ediniz.
4. Bilgilerin eksik ve/veya hatalı olması, form üzerinde imza, tarih vb. bilgilerin olmaması durumunda, ilgili birimlerin dosyayı kabul etmeme hakkı vardır.
5. Dosyasını teslim etmeyen öğrencinin SGK girişi yapılmaz. Bu durumda öğrencinin uygulamaya başlaması mümkün değildir.
6. Üniversite tarafından yapılan SGK girişi, **genel sağlık sigortasını kapsamamakta** olup **sadece iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı yapılmakta** ve uygulama dersi bitiminde sonlanmaktadır.
7. Uygulamaya gidilecek kurumların istedikleri evraklar farklılık göstermektedir. Her kurum için gerekli test/belge/evrak ilgili kurumdan öğrenilerek öğrenci tarafından hazırlanacaktır. **“Teslim öncesi son kontrol listesi”** tarafınızdan **tam olarak** doldurularak **imzalanmalı** ve **ders öğretim elemanınızdan onay aldıktan sonra** dosya içinde teslim edilmelidir.

Adı Soyadı:

Öğrenci Numarası:

Sınıf:

**FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
..... **BÖLÜMÜ**

FOTOĞRAF

**STAJ/MESLEKİ UYGULAMA BAŞVURU VE KABUL FORMU**

Fakültemizde öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda yazılı öğrencimiz belirtilen tarihlerde staj/ mesleki uygulamasını kurumunuzda/kuruluşunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin uygulama yapacağı döneme ilişkin “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası” primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir.

Adı Soyadı:

Sınıf:

Öğrenci Numarası:

T.C. Kimlik Numarası:

SGK Numarası:

Bağ-Kur Numarası:

Emekli Sandığı Numarası:

Adres:

GSM:

Dönem:...../..... **Eğitim Öğretim Yılı** ..... **Yarıyılı**

Staj/Mesleki Uygulama Yapacağı Dersin Adı:

Staj/Mesleki Uygulama Yapacağı Kurum/Hastane/Merkez:

Staj/Mesleki Uygulama Başlama ve Bitiş Tarihi:

Günleri:

..... **BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Yukarıda belirtilen tarihler arasında ..... iş gününü kapsayan staj/mesleki uygulamamı yapmak istiyorum. Staj/Mesleki uygulamayı ..... iş günü dolmadan herhangi bir mazeret nedeniyle bırakmam durumunda en geç 2 (iki) iş günü içerisinde Bölüm Başkanlığına/dersin sorumlu öğretim elemanına 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:**

**İmza:**

..... **İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜNE / EĞİTİM HEMŞİRELİĞİ DEPARTMANINA/ İLGİLİ MÜDÜRLÜĞE**

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen ..... Bölümü öğrencisinin ..... kurumunda belirtilen iş günü kadar staj/mesleki uygulama yapması uygundur. İlgili öğrencinin kurumunuzda/kuruluşunuzda staj/mesleki uygulama yapması için gereğini arz/rica ederim.

**Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı**

**Adı Soyadı:**

**Tarih:**

**İmza:**

**KURUM ADINA ONAYLAYAN YETKİLİNİN;**

Yukarıda ismi ve bilgileri yazılı olan öğrencinin kurumumuzda ..... iş günü staj/mesleki uygulama yapması uygundur.

**Kurum Sorumlusu**

**Adı Soyadı:**

**Tarih:**

**İmza:**

## BEYAN VE TAAHHÜTNAME

Üniversitemizin .....  
Fakültesi/Meslek Yüksekokulu ..... Bölümü/Programı  
öğrencisiyim. ....  
biriminde/işyerinde Kısmi Zamanlı Öğrenci olarak / Stajyer Öğrenci olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b  
maddesi uyarınca çalışmak istiyorum.

Ailemden, **annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum.** Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul etmiyorum.**

Ailemden, **annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum.** Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul ediyorum.**

Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması durumunda değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı Soyadı :

T.C.Kimlik No:

Bölümü:

Öğrenci No :

İmzası :

Tarih :