|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Açıklama: dikeylogo | **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **EBELİK BÖLÜMÜ / PROGRAMI** | | | | | | |
| **STAJ KABUL FORMU** | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  | |  | | | |
|  | |  | |  | | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** | | | | | |
| **Fakülte/YO/MYO Öğrenci No.** | | **:** | | | | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** | | | | | |
| **Cep Telefonu/Ev telefonu** | | **:** | | | | | |
| **YAPACAĞI STAJIN** | |  | | | | | |
| **Türü :** (Zorunlu / İsteğe Bağlı/ Mesleki Uygulama / İşbaşı / vb.) | | **:** | | | | | |
| **Süresi (İş Günü)** | | **:** | |  | | | |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi** | | **:** / / - / / | |  | | | |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahüdü**  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. | | | | | | | | |
| - Yukarıda belirtilen tarihler arasında ……. iş günlük stajımı yapacağım.  - Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.    ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası | | | | | | | | |
| Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca  öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **….** / ….. / 20…  **(Onay)** | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | | | | |
| **Ünvanı** | | | **:** | | | | | |
| **Adresi** | | | **:** | | | | | |
| **Tel Numarası** | | | **:** | | | | | |
| **Fax Numarası** | | | **:** | | | | | |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | | | **:** | | | | | |
| **Firmanın Vergi Numarası** | | | **:** | | | | | |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | | | **:** | | | | | |
| **E-Posta Adresi** | | | **:** | | | | | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | | | **:** | | | |
| Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.  İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN | | | | | | | |
|  | | | | | Adı Soyadı  (Ünvanı)  Mühür ve İmza | | |
| **UYGUNDUR** | | | | | | | |
| **/ /** | | | | | | | |
| **Bölüm Staj Yetkilisi** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Not : 1-** Öğrenci Staj Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine teslim etmek  zorundadır.  **2-** Staj Kabul Formuna nüfus cüzdanı fotokopisi eklenerek iki (2) adet düzenlenecektir.   1. Staj Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci staja başlayamaz. Aksi halde yapılacak staj kabul edilmez. | | | | | | | |