**T.C.**

metin, küçük resim içeren bir resim

Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**……………………………………………. BÖLÜMÜ**

**STAJ BAŞVURU FORMU**

Sayı : …/…/20…

Konu : Yaz Stajı

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz…. iş günü gönüllü olarak Klinik Ders Uygulaması / Yaz Stajı yaz stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesini (e) bendi hükümleri uyarınca, öğrencinin gönüllü olarak staj yapacağı döneme ilişkin ….. iş günlük “İş Kazası ve Meslek Hastalığı’’ sigortası primi Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesi arz/rica ederim.

Staj Koordinatörü

İmza- Mühür

**STAJ TALEP EDEN KURUM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı** | Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi | | |
| **Adresi** | Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Emrah Mahallesi 06018 Etlik/Keçiören, Ankara | | |
| **Tel No** | 0 312 567 1500 | Faks No |  |
| **E-posta** |  | Kurum e-posta adresi | gsbf.ogrenciisleri@sbu.edu.tr |

STAJ YAPACAK ÖĞRENCİ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | **T.C. Kimlik No** |  |
| **Öğrenci No** |  | **Öğretim Yılı** | 20…/20... |
| **E-Posta** |  | **Cep Tel No** |  |
| **İkametgâh Adresi:** |  | | |

STAJ YAPILACAK KURUM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı** |  | | |
| **Adresi** |  | | |
| **Tel No** |  | **Faks No** |  |
| **E- Posta** |  | **Web Adresi** |  |
| **Staja Başlama Tarihi** |  | **Staj Bitiş Tarihi** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | ÖĞRENCİNİN İMZASI  **Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim**  Tarih: | STAJ YAPILACAK KURUM ONAYI  İmza  Kaşe/ Mühür  Tarih: | |
|  |  |

NOT:1-Bu form iki (2) nüsha olarak düzenlenecektir. Öğrenci Staj Başvuru Formunu Staj yapacağı kuruma onaylattıktan sonra diğer nüshasını bölüm staj koordinatörüne **Müstehaklık Belgesi, Taahhütname ve İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı Sertifikas**ı ile beraber teslim edecektir.

NOT: 2- Bütün belgeleri staj başlamadan en **az kırkbeş (45**) gün önce staj koordinatörüne teslim etmeniz gerekmektedir.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Doküman Kodu**  GSBF.F.02 | **Yayın Tarihi**  26.06.2023 | **Revizyon Tarihi** | **Revizyon No** | **Sayfa No**  1/2 |

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

SOSYAL GÜVENLİK DURUMU TAAHÜTNAMESİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri FakültesiUygulama ve Staj Yönergesi kapsamında gönüllü olarak Klinik Ders Uygulaması / Yaz Stajı yapmak istiyorum. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortalar Kanunu uyarınca staj süresi boyunca fakülteniz tarafından adıma düzenlenecek sigorta primini hesaplamak için gerekli olan belgeler ektedir.

Aşağıda işaretlediğim kurumdan ya da ailemden sağlık yardımı almaktayım / herhangi bir sağlık yardımı almıyorum.

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ

(**Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa “X” ile işaretleyiniz.)**

|  |
| --- |
| Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum |
| Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum |
| Yeşil Kartlıyım (Eski) |
| Genel Sağlık Sigortalısıyım (GSS) |
| Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım) |
| Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum |

Adıma ödenen İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ve diğer sigorta primleriyle ilgili Bölüm Başkanlığınıza ilettiğim Müstehaklık belgemdeki beyanımın doğruluğunu, sağlık güvencemde değişiklik olması durumunda, değişikliğin yer aldığı müstehaklık belgesini Bölüm Başkanlığı Staj Koordinatörlüğüne her ayın 20’sini geçmeyecek şekilde 5 gün içerisinde ivedi olarak ulaştıracağımı kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak fazla veya eksik prim ödemesi, idari para cezası, gecikme zammı, gecikme faizi ve diğer mali yaptırım tutarlarının tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik No :

İletişim :

Tarih / İmza :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Doküman Kodu**  GSBF.F.02 | **Yayın Tarihi**  26.06.2023 | **Revizyon Tarihi** | **Revizyon No** | **Sayfa No**  2/2 |