|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.**  **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  **GÜLHANE FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON FAKÜLTESİ**  **ZORUNLU STAJ BAŞVURU FORMU** |

Sayı : …/…/20…

Konu : Zorunlu Yaz Stajı

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz 20 iş günü **zorunlu** yaz stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesini (e) bendi hükümleri uyarınca, öğrencinin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 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 Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi | | |
| **Adresi** | Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi Dekanlığı Emrah Mahallesi 06018 Etlik/Keçiören, Ankara | | |
| **Tel No** | 0 312 567 1500 | **Kurum e-posta adresi** | gftr.ogrenciisleri@sbu.edu.tr |

**STAJ YAPACAK ÖĞRENCİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | | | **T.C. Kimlik No** | | |  |
| **Öğrenci No** |  | **Telefon** |  | | **E posta** |  | |

**STAJ YAPILACAK KURUM**

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

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

|  |
| --- |
| **GÜLHANE FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON FAKÜLTESİ DEKANI ONAYI** |
| İmza  Kaşe / Mühür  Tarih: |

NOT: Staj süreçleri ile ilgili tüm sorularınız için fakülte web sitesindeki iş akış şemalarını inceleyebilirsiniz