**Sayın ……………………………………………………………………..**

Fakültemiz öğrencilerinin öğrenim süreleri içerisinde kazandıkları teorik bilgiyi pekiştirmeleri için staj yapacakları iş yerlerindeki görev ve sorumlulukları, iş ilişkilerini, iş süreçlerini ve organizasyon yapılarını gözlemleyerek ve deneyim kazanarak gerçek iş hayatında aktif olarak rol almaları gerekmektedir. Bu amaçla Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü öğrencilerimizin eğitim ve öğretim müfredatları gereğince ve **“2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu’nun”** Ek 23’üncü ve 24’üncü maddeleri ile **“3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu’na”** dayanarak **staj eğitimi alması ve başarıyla tamamlaması zorunludur.**

Bu doğrultuda öğrencimizin staj süresi boyunca Kurumunuzun Personel Politikası koşullarına ve mesai saati programına uygun bir şekilde staj yükümlülüklerini yerine getirerek kendisi adına verimli ve faydalı bir staj dönemi geçirmesi için sizden üzerinize düşen azami özeni göstermenizi rica ediyoruz. Staj yükümlülüklerini yerine getirecek öğrencilerimize yardımcı olmanız hususunda gerekli özveriyi göstermeniz dileğiyle, Türkiye’deki mesleki eğitimin kalitesinin ve etkinliğinin gelişimine vereceğiniz katkılar için çok teşekkür ediyoruz.

Kurumunuza stajını yapması için kabul ettiğiniz öğrencimizin **İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi 5510 sayılı** **“Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun”** 87/e Maddesi’ne istinaden üniversitemiz tarafından karşılanabilmesi için ekteki formda kurumunuz ile ilgili istenilen bilgilerin eksiksiz doldurulması gerekmektedir.

Saygılarımızla,

Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dekan

İmza/Kaşe

|  |
| --- |
| Staj başvurusu yapan **öğrencinin** doldurmak zorunda olduğu bilgiler: |
| Adı ve Soyadı: |
| T.C. Kimlik No: |
| Bölüm/Program Adı: |
| SBÜ Okul No: |
| Cep Telefon No: |

Fotoğraf

|  |
| --- |
| İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Priminin Yatırılması için ihtiyaç duyulan  **Staj yapılacak kuruma ait bilgiler:** |
| İş Yerinin Adı-Unvanı: |
| İş Yerinin Adresi ve Şehri: |
| İş Yerinin Telefonu: |

Öğrencimizin kurumunuzda stajyer olarak çalışacağı 20 (yirmi) iş günlük staj süreci ......................................................gününden itibaren Fakülte Dekanlığı tarafından sigorta pirimi işletilmeye başlatılacak şekilde planlanmalıdır.  
Bu koşullar dikkate alındığında öğrencimizin kurumunuzda STAJ YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜ yerine getireceği tarih aralığını aşağıda belirtiniz:

**Staj Başlama Tarihi:**...... / ...... /202... **Staj Bitiş̧ Tarihi:** ...... / ...... /202...

ÖĞRENCİMİZİ STAJA KABUL EDEN KURUM YETKİLİSİ

**Staj Sorumlusunun Adı Soyadı:**  **Kurum Kaşesi ve İmzası:**