|  |
| --- |
|  *FOTOĞRAF* |

Aşağıda bilgileri yer alan……………………. bölümü öğrencimiz Zorunlu Uygulamalı Ders kapsamında kurumunuzda uygulama yapmak istemektedir. Öğrencimizin zorunlu olarak yapacağı Güz/Bahar dönemine ilişkin …… iş günün “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigorta primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir.

**Not:** Öğrenci, iş kazası yaşaması durumunda **aynı gün** bildirimini bölüm staj sorumlu öğretim üyesine bildirmekle yükümlüdür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

 **Fakülte Sekreteri**

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı  |   | Soyadı  |   |
| Öğrenci No  |   | T.C Kimlik No  |   |
| Öğretim Yılı  |   | Bölüm/Sınıfı  |   |
| E-posta  |   | Telefon No (GSM)  |   |
| İkametgâh Adresi  |    |

# KURUM BİLGİLERİ

|  |  |
| --- | --- |
| Adı  |   |
| Adresi  |   |
| Hizmet Alanı  |   |
| Telefon No |  |
| E-posta |   | Web Adresi  |   |
| Başlama Tarihi  |   | Bitiş Tarihi  |   | Süresi (gün)  | 20 |
|  |  |  |  |  |  |

# KURUM EĞİTİCİ PERSONELİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı  |   |
| Görev ve Unvanı  |   | İmza / Kaşe  |   |
| E-posta adresi  |   |
| Tarih  |   |

**ÖĞRENCİNİN İMZASI İŞYERİ ONAYI BÖLÜM BAŞKANI / DANIŞMAN ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.  Tarih:…./…./20 |  ADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE İMZASI     Tarih:…./…./20 |  ADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE İMZASI    Tarih:…./…./20 |

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38 34688 Üsküdar/İSTANBUL Mail: sbf@sbu.edu.tr Tel: 0216 777 8 77 (Dahili: 2604)

*Öğrenciler diğer staj formlarıyla birlikte bu formdan üç nüsha hazırlayacaktır*.