|  |
| --- |
| *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*.