

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ARNAVUTKÖY DARÜLACEZE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MESLEKİ EĞİTİM ZORUNLU BAŞVURU FORMU	FOTOĞRAF
ÖĞRENCİNİN		
Adı Soyadı		
T.C Kimlik Numarası		
Öğrenci Numarası		
Telefon		
Bölümü/Program		
Başlama Tarihi		
Bitiş Tarihi		
Ders Kodu		
Süresi		
Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü		
☐ Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum . Bu nedenle staj sürem boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. (Ailesinden sigortalı olan veya 25 yaşın altındaki öğrencilerimizin bu kısmı işaretlemeleri gerekmektedir.)		
☐ Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum . Bu nedenle staj sürem boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.		
ÖĞRENCİNİN		
Adı Soyadı:		
İmzası:		
Tarih:		
ÜNİVERSİTE ADINA:		
5510 sayılı Kanunun 5. Maddesinin (b) bendi gereğince stajını yapacak öğrencilerimizin ‘İş Kazası ve Meslek Hastalığı’ primi yukarıda belirtilen süreler içerisinde Üniversitemiz tarafından ödenecektir.		
Yukarıda bilgileri verilen öğrencimizin belirtilen sürelerde stajını kurumunuzda yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini bilgilerinize sunarım.		
A.D.S.H.M.Y.O MÜDÜRÜ		
Adı Soyadı:		
İmzası:		
KURUM ONAYI		
Kurum Unvanı		
Yetkilinin Adı Soyadı		
Yetkilinin E-posta adresi		
Kurumun Adresi		
Tel/Faks Numarası		
Faaliyet Alanı (Sektör)		
Staj Yapılan Departman		
Yukarıda açık kimliği belirtilen öğrencinin ilgili tarihlerde iş yerimizde 3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanunu’nun şartlarına uygun şekilde Stajyer olarak çalışması uygun görülmüştür.		
İŞLETME ONAYI		
Kurum Kaşesi		
Tarih ve İmza		