



T.C.  
ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

foto

ULUSAL STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

TC Kimlik No

Adı ve Soyadı

Programı ve Öğrenci No

Tel No e-Posta

Staj Süresi(iş günü)/Hafta

..... iş günü

Stajın Başlama ve Bitiş Tarihi

.../.../2023 - .../.../2023

Yukarıda belirtilen tarihler arasında .....(.....) iş günü staj yapmak istiyorum.

Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinde herhangi bir değişiklik olduğu takdirde ya da herhangi bir sebeple stajı bırakmam halinde en geç 3 gün içinde Sağlık Bilimleri Fakültesine yazılı olarak bilgi vereceğime ve 5510 Sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim

... /... /2023

Öğrenci İmzası

Staj süresi boyunca öğrencimize ait %1' lik iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası primi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87/e maddesi uyarınca, üniversite tarafından karşılanacaktır. Adı geçen öğrencimizin kuruluşunuzda staj yapması için göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.

Dr. Öğr. Üyesi Nurcan ERBİL  
SBF Dekan Yardımcısı

İşyerinin Ünvanı

Adresi

Tel No

Faks No

E-Posta Adresi

Faaliyet Alanı(Sektör Olarak)

Yukarıda Adı-Soyadı ve T.C Kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygundur.

İşveren veya Yetkilinin

Adı-Soyadı

(Ünvanı)

Kaşe ve İmza

Tarih: ..../..../2023