**……. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**…….. DEVLET HASTANESİNE**

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimizin, her birimde 5’er gün olmak üzere toplam 30 iş günü yaz stajı yapma zorunluluğu vardır. Yeterli sayıda birimin olmaması durumunda staj, mevcut servislerde tamamlanacaktır. **Öğrencinin staj süresince sigorta giderleri üniversitemizce karşılanacaktır.** Öğrencimizin kurumunuza ait hastanede yapacağı 30 iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini arz/rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

 **Dekan**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Öğrenci No.** |  | **Öğretim Yılı** | 2022-2023 |
| **Bölümü** |  | **Telefon No.** |  |
| **e-posta Adresi** |  |
| **İkametgâh Adresi** |  |
| **STAJ YAPILMASI UYGUN GÖRÜLEN HASTANENİN/KURUMUN** |
| **Adı** |  |
| **Adresi** |  |
| **Hizmet Alanı** |  |
| **Kurum Çalışan Sayısı** |  |
| **Telefon No** |  | **Faks No** |  |
| **Staja Başlama Tarihi** | 10.07.2023 | **Bitiş Tarihi** | 18.08.2023 | **Süresi (Gün)** | 30 İş Günü |

**YETKİLİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı-Soyadı** |  |
| **Görev ve Unvanı** |  | **Hastanemizde/Kurumumuzda staj yapması uygundur**İmza/Kaşe |
| **e-posta Adresi** |  |
| **Tarih** |  |

**ÖĞRENCİNİN NUFÜS KAYIT BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Soyadı** |  | **Nüf. Kay. Olduğu İl** |  |
| **Adı** |  | **İlçe** |  |
| **Baba Adı** |  | **Mahalle-Köy** |  |
| **Ana Adı** |  | **Cilt No.** |  |
| **Doğum Yeri** |  | **Aile Sıra No.** |  |
| **Doğum Tarihi** |  | **Sıra No** |  |
| **T. C. Kimlik No.** |  | **Verildiği Nüfus Dairesi** |  |
| **Nüf. Cüzdan Seri No.** |  | **Veriliş Nedeni** |  |
| **SSK No.** |  | **Veriliş Tarihi** |  |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **DANIŞMAN ÖĞRETİM ELEMANI ONAYI** | **BİRİM MUTEMEDİ ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, staj evrakının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.Tarih/İmza: | Tarih/İmza | Sosyal Güvenlik Kurumuna staja başlama giriş işlemi yapılmıştır.Tarih/İmza |