

	T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ Öğrenci İşleri Staj / Uygulamalı Ders Kurum Başvurusu Formu - Bireysel	Doküman Kodu	SBF / F-20
		Yayınlanma Tarihi	15.10.2021
		Revizyon No/Tarih	01 / 23.12.2021
		Sayfa	1 / 1

(Kurum Adı)

.....'NA

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin
..... Bölümü'nde öğrenciyim. 202...-202..... Eğitim Öğretim
Yılında / / 202.... ile / / 202..... tarihleri arasında toplam gün (.....Yazı
ile.....) stajımı kurumunuzda yapmak istiyorum.

Bu tarihlerde Kurumunuzda staj yapmamı uygun görmeyiz ve bu formu onaylamanız halinde, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5/b maddesi gereğince iş kazası ve meslek hastalığı sigortam Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yapılacaktır.

Bu belgedeki bilgilerin doğruluğunu ve yanlış beyanımdan doğabilecek her türlü yasal sorumluluğu kabul eder, Kurumunuzda staj yapabilmem için gereğini olurlarınıza saygılarımla arz ederim.

..... / / 202...

....Öğrencinin İmzası....

Öğrencinin Adı Soyadı			
TC Kimlik Numarası		Okul Numarası	
Staj Kapsamındaki Dersinin Adı ve Kodu			
Telefon Numarası		Eposta adresi	
İkametgâh Adresi			
Öğrencinin ve Ailesinin Sağlık Güvencesi	VAR ()	YOK ()	

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinin kurumumuzda staj yapması uygundur.

(..... / / 202...)

Kurum Yetkilisi
Kaşe ve İmza

Staj Yapılacak Kurumun Adı			
Birim Adı			
Formu İmzalayan Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı			
Kurumun Telefon Numarası		Kurumun Eposta Adresi	
Kurumun Fax Numarası		Kurumun Web Adresi	
Kurumun Resmi Yazışma Adresi			

BİLGİ: YÖK Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliğinin 8.maddesi kapsamında staj yapacak öğrencimizden sorumlu öğretim elemanı'dır. Telefon:

Eposta:.....

NOT: Bu belge 2 nüsha olarak hazırlanıp, staj yapılacak kurum tarafından onaylandıktan sonra 1 nüshasının staj yapılacak kuruma, bir nüshasının staja başlama tarihinden en az 1,5 ay önce Bölüm Uygulamalı Dersler Koordinatörüne teslim edilmesi gerekmektedir.

Hazırlayan Eğitim Komisyonu	Kontrol Eden Birim Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan Dekan
--------------------------------	---	--------------------