



T.C.  
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

STAJ BAŞVURU FORMU

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı :

Numarası : Telefon :

T.C. Kimlik Numarası :

Doğum Tarihi :

**YAPILACAK STAJIN**

Süresi (İş Günü) / Hafta :

(SGK) Staj Başlama ve Bitiş Tarihleri - Hafta Olarak : (...../...../20....) - (...../...../20....)

Yukarıda belirtilen tarihler arasında .... iş günlük stajımı yapacağım.

**Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Kariyer Kapısı üzerinden "Staj Seferberliği" kapsamında öğrencilerimizin;**

1. Stajımın başlangıç tarihinin değişmesi, iptal edilmesi, vb. durumlarda en az 1 hafta önceden Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne bilgi vereceğimi,
2. Aksi halde 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortaları Kanunu gereği doğacak her türlü cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi ,
3. Stajımı yaparken; Kamu Kurum ve Kuruluşları tarafından yazılı, basılı ve elektronik ortamda yapılmış olan her türlü yasal uyarıyı dikkate alacağımı **taahhüt ederim.**

...../...../20....

Öğrenci İmzası

**STAJ YAPILACAK İŞLETMENİN**

Adı :

Telefon / Faks No :

Adresi :

Bölüm Staj Sorumlusu

İşveren veya Yetkili

Prof. Dr. İbrahim TÜMEN  
Müdür

... / ... / 20..

... / ... / 20..

... / ... / 20..

İmza  
Ad Soyad

İmza  
Ad Soyad

İmza