



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

**GÖNÜLLÜ STAJ BAŞVURU FORMU**

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı :

Numarası : Telefon:

T.C. Kimlik Numarası :

Doğum Tarihi :

**YAPILACAK STAJIN**

Süresi (İş Günü) / Hafta :

**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 ;**

1. Stajın başlangıç tarihinin iptal edilmesi,iş kazası,rapor vb. durumlarda aynı gün içerisinde 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:

Çalışan Personel Sayısı :

Telefon / Faks No :

Adresi :

**\*Öğrenci Staja başlama ve bitirme tarihleri arasında Yüksekokulumuz tarafından İş Kazası ve Meslek Hastalıkları sigortası yapılacaktır.**

**Bölüm Staj Sorumlusu**

../.../20

İmza  
Ad Soyad

**İşveren veya Yetkili**

../.../20

İmza  
Ad Soyad

**Müdür**

../.../20

İmza  
Ad Soyad