



T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

EĞİTİM ÖĞRETİM YILI

ZORUNLU STAJ FORMU (EK-2)



Stajlarda, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 87/e maddesi gereği, zorunlu olarak staja tabi tutulan öğrencilerin prim ödemeleri Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır. Sosyal güvenlik işlemlerinin yürütülebilmesi için Zorunlu Staj Formu öğrenci tarafından doldurulup staj yapılacak kurum ya da kuruluş tarafından onaylanması gerekmektedir.

E.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Adı Soyadı:	Öğrenci No:	İkamet Adresi:
Telefonu (GSM) :		

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

Soyadı:		Nüfusa Kayıtlı 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:	
N. Cüzdanı Seri No:		Veriliş Nedeni:	
SGK Güvencesi: Olup Olmadığı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Veriliş Tarihi:	
Zorunlu Staj Dönemi	<input type="checkbox"/> Güz <input type="checkbox"/> Bahar		

STAJ YAPILAN DERSİN: (Stajda bulunulması gereken gün ve saatler işaretlenecektir)

Adı	Staj Günleri	Staj Saatleri	
<input type="checkbox"/> Staj I	<input type="checkbox"/> Pazartesi	<input type="checkbox"/> 08:00-12:00	<input type="checkbox"/> 12:00-16:00
	<input type="checkbox"/> Salı	<input type="checkbox"/> 08:00-12:00	<input type="checkbox"/> 12:00-16:00
<input type="checkbox"/> Staj II	<input type="checkbox"/> Çarşamba	<input type="checkbox"/> 08:00-12:00	<input type="checkbox"/> 12:00-16:00
	<input type="checkbox"/> Perşembe	<input type="checkbox"/> 08:00-12:00	<input type="checkbox"/> 12:00-16:00
	<input type="checkbox"/> Cuma	<input type="checkbox"/> 08:00-12:00	<input type="checkbox"/> 12:00-16:00
Stajın Yapılacağı Tarih:	Stajın Başlangıç Tarihi	Stajın Bitiş Tarihi	
/...../202.../...../202..	

STAJ YAPILAN KURUMUN :

Adı:	
Adresi:	
Telefon No:	Faks No:
e-posta adresi:	Web Adresi:

KURUMUN YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı:		Staj Yapması Uygunudur. İmza/Kaşe Tarih:
Görev ve Ünvanı:		
e-posta Adresi:		

E.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, belirtilen gün ve saatlerde staj yapacağımı her ne sebeple stajımı yapmadığım takdirde, doğacak bütün sorumlulukları kabul, beyan ve taahhüt ederim. Ayrıca uygulamalara başlamadan önce İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi ile Covid-19 Hastalığı ve Bulaş Yollarına İlişkin gerekli bilgilendirilmenin yapıldığını, nasıl korunmam gerektiği konusunda sorumluluğun şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Adı Soyadı:

Öğrenci No:

Tarih:

İmza:

ÖNEMLİ NOT: Bu belgenin 3 asıl nüsha (fotokopi değil) düzenlenerek (1'i hastaneye, 1'i SGK işlemleri için okula ve 1'i de Akreditasyon işlemleri için sorumlu öğretim elemanına olmak üzere) ilan edilen tarihe kadar 1 adet nüfus cüzdanı fotokopisi, bir adet SGK provizyonu ve 2 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte teslim etmeleri zorunludur.