Stajlar/Uygulamalar, Fakülte Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve formda belirtilen tarih aralıklarından birinde yapılmak zorunda olup, 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 Staj/Uygulama Formu öğrenci tarafından doldurulup staj yapılacak kurum ya da kuruluş tarafından onaylanması gerekmektedir.

|  |
| --- |
| **EGE ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** |
| **Adı Soyadı:** | **İkamet Adresi:** **Telefonu (GSM) :**  |
| **Öğrenci No:** |

**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**  | ** Evet**  | **Veriliş Tarihi:** |  |
| ** Hayır** |  |

 **STAJ/UYGULAMA YAPILAN KURUMUN :**

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

**Stajın/Uygulamanın Yapılacağı Tarih Aralığı**

|  |
| --- |
|  |

**KURUMUN YETKİLİSİNİN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı:** |  | **Staj/Uygulama Yapması Uygundur.****İmza/Kaşe****Tarih:** |
| **Görev Ve Ünvanı:** |  |
| **e-posta Adresi:** |  |

**E.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI’NA,**

|  |
| --- |
|  Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, belirtilen tarihlerde staj/uygulama yapacağımı her ne sebeple stajımı yapmadığım takdirde, doğacak bütün sorumlulukları kabul, beyan ve taahhüt ederim.**Adı Soyadı: Öğrenci No:** **Tarih: İmza:**  |