T.C.

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GEDİZ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Staj Başvuru Formu

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimiz, 30 işgünü staj yapmak zorundadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. maddesi e bendi gereği zorunlu staj süresince % 1 oranında iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi Okulumuz tarafından ödenecektir.

Formun ilgili alanlarının doldurulup onayladıktan sonra belgenin öğrencimiz ile bize ulaştırılması ile birlikte SGK üzerinden staj tarihlerini kapsayan İşe Giriş Bildirgesi Okulumuz tarafından yapılacaktır.

Öğrencimizin kurumunuzda/İşletmenizde gerçekleştirmek istediği staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederim.

**ÖĞRENCİNİN KİŞİSEL BİLGİLERİ (Öğrenci tarafından doldurulur.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| T.C. Kimlik No |  | | | | |
| Adı |  | | Soyadı |  | |
| Programı |  | | Öğrenci No |  | |
| Staj Baş. Tarihi |  | | Staj Bitiş Tarihi |  | |
| Staj Süresi |  | 15 İşgünü |  |  | 30 İşgünü |

**STAJ YAPILACAK KURUMUN/İŞLETMENİN BİLGİLERİ (Yetkili tarafından doldurulur ve onaylanır.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yapılan staj için öğrenciye ücret ödenecek mi?** | |  | | **EVET** | |  | **HAYIR** |
| **Kurum İban No** |  | | | | | | |
| **Kurum Vergi No** |  | | | | | | |
| Adı / Unvanı |  | | | | | | |
| Adresi |  | | | | | | |
| Telefon No |  | | Faks No | |  | | |
| Kurumun / İşletmenin Faaliyet Alanı |  | | | | | | |
| Çalışan Personel Sayısı |  | | | | | | |
| Staj yapılacak kurum / işletme yetkilisinin | | | Onay Tarihi | | ….. / ….. / 20….. | | |
| Adı Soyadı |  | | Yukarıda kişisel bilgileri yer alan öğrencinizin | | | | |
| kurumumuzda/işletmemizde staj yapması uygundur. | | | | |
| KAŞE-İMZA | | | | |
| Görevi ve Unvanı |  | |  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **DANIŞMAN ONAYI** | | | | | | |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu kabul eder, staja başlamam için gerekli işlemlerin başlatılmasını arz ederim. | Öğrencinin evrakı gerektiği şekilde, tüm bilgilerini eksiksiz doldurduğunu onaylarım. | | | | | | |
|  |  | | Adı Soyadı: | |  | | |
| İmza |  | | Unvanı: | |  | | |
| Tarih : ….. / ….. / 20….. | Tarih : ….. / ….. / 20….. | | İmzası: | |  | | |

**AÇIKLAMALAR**

1-Stajını mazereti dolasıyla tamamlanamayacağını mazeretinin başlangıcından itibaren 5 işgünü içinde birime bildirmeyen öğrenciler için oluşturdukları kamu zararı nedeni ile disiplin soruşturması açılır.

2-Bu form ilgili öğrenci tarafından staj başlama tarihinden en geç 15 gün öncesine kadar Danışmanına onaylatarak öğrenci işlerine teslim edilir.

3-Formdaki tüm bilgilerin eksiksiz ve okunaklı olarak doldurulması gerekmektedir. Boş alan bırakmayınız. Herhangi bir yerinde eksiklik olan yada okunaklı doldurulmayan formlarla yapılan başvurular kabul edilmez ve staj geçersiz sayılır.

4-Yapılacak olan stajın Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi http://<http://gshmyo.ksbu.edu.tr>adresinden staja başlanıldığı gün alınabilir

5-Öğrencilerin SGK’ dan Müstehaklık (Sağlık Provizyon Aktivasyon) belgesi getirmeleri zorunludur.

6-Öğrencilerin İSG belgelerini ibraz etmeleri zorunludur.