**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  | Fakülte/Yüksekokul |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  | Öğrenci No |  |
| Baba adı  |  | Bölümü |  |
| Ana adı  |  | Onaylayan :Tarih : |
| Adres ve İletişim Bilgileri |  |

|  |
| --- |
| **STAJ SÜRESİ** |
|  | Staj Başlama Tarihi | Staj Bitiş Tarihi | Staj Süresi |
| Dersin Adı Yazılacak |  |  |  |

|  |
| --- |
| **STAJ YAPILACAK KURUM BİLGİLERİ** |
| Kurum Adı |  |
| Adresi |  |
| Tel :………………..……….. Faks :…………….……….. e-mail :………………………….. |
| Kurum Onayı | Yukarıda Bilgileri verilen öğrencinin kurumumuzda staj yapması uygundur/uygun değildir.(imza)…../…./ 20…(Adı-Soyadı) |
| Staj Komisyonu Onayı(Staj komisyonu üyelerinden herhangi birisi onaylayacaktır.) | Staj yeri uygundur/uygun değildir.(imza)…../…./ 20…(Adı-Soyadı) |
|   Not : Yükseköğrenimleri sırasında zorunlu staja tabii tutulan öğrencilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında, stajları süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi Yüksekokulumuz tarafından ödenecektir. Konuyla ilgili dokümanlar öğrenci tarafından staj başladığında işyerine teslim edilecektir. |

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı TEL : 0 (488) 217 35 00 FAKS : 0 (488) 217 36 01 e-posta: saglik@batman.edu.tr