T.C. BAYBURT ÜNİVERSİTESİ

Bayburt Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

**Staj Seferberliği Başvuru Formu**

Sayı:

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde ../../20.. ile ../../20.. tarihleri arasında …. Gün iş günü staj yapmasında, **5510 sayılı yasa gereğince öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerini ödeme yükümlüsü Bayburt Üniversitesi Rektörlüğü olmak üzere**, göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder saygılar sunarız.

**Bayburt Üniversitesi ………………… Bölümü**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** (Tüm alanları **eksiksiz** doldurunuz) | | | | | | | | | | Fotoğraf |
| **Adı ve Soyadı** | |  | | **TC Kimlik No** | |  | | | |
| **Öğrenci No** | |  | | **Telefon No** | |  | | | |
| **Programı** | |  | | **Eğitim Öğretim Yılı** | |  | | | |
| **Sınıfı** | |  | | **E-posta Adresi** | |  | | | |
| **İkametgah Adresi** | |  | | | | | | | |
| **STAJ YAPILACAK YER** | | |  | **Kamu Kurumu** | | | | * **Özel Sektör** |  |  |
| **Kurum/Kuruluşun**  **Adı/Ünvanı** | |  | | | | | | | | |
| **Adresi** | |  | | | | | | | | |
| **Faaliyet Alanı** | |  | | | | | | | | |
| **Telefon** | |  | | **Web Adresi** | |  | | | | |
| **Faks** | |  | | **E-posta Adresi** | |  | | | | |
| **AÇIKLAMA** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **İŞVERENİN/YETKİLİNİN** | | | | | | | | | | |
| **Adı ve Soyadı** | |  | | | | Kurumumuzda/İşletmemizde Staj Yapması Uygundur.  İmza/Kaşe | | | | |
| **Görev ve Ünvanı** | |  | | | |
| **Telefon** | |  | | | |
| **E-posta** | |  | | | |
| **Tarih** | |  | | | |
| İşyerimizde Cumartesi Tam Gün (en az 8 saat) Çalışma Yapılmaktadır İşyerimizde Cumartesi Tam Gün (en az 8 saat) Çalışma Yapılmamaktadır | | | | | |
| **Stajın Türü** |  | Sağlık | | **Cumartesi günü staj yapılacak mı?** | | | | Evet |  | Hayır |
| **Başlama Tarihi** |  | …./../..20.. | **Bitiş Tarihi** | | ../../20.. | | **Süresi** | | …. Gün | |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | | | **STAJ KOMİSYON BAŞKANI ONAYI** | | | | **S.K.S. DAİRE BAŞKANI ONAYI** | | | |
| **Belge üzerindeki bilgilerin doğru**  **olduğunu, staj yerimin Bölüm Staj Yönergesi gerekliliklerini taşıdığını beyan ediyorum.**  **İMZA-TARİH** | | | **KAŞE-İMZA-TARİH** | | | | **Sosyal Güvenlik Kurumu'na staja başlama**  **giriş işlemi yapılmıştır.**  **KAŞE-İMZA-TARİH** | | | |
| **İLGİLİ YÖNETMELİK MADDELERİ** | | | | | | | | | | |
| * Bu form doldurularak staj başvurusu ilgili Bölüm Sekreterliğine Staj takvimindeki tarihler içinde teslim edilir. Stajın Kabulü ile ilgili   Bölümün bu belgeyi Bayburt Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığına göndermesi zorunludur.   * Staj yapan öğrenci staj esnasında "İlgili Bölüm Yönergesine" tabidir. * 5110 sayılı yasa gereğince öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerini ödeme yükümlüsü Bayburt Üniversitesi Rektörlüğü'dür. | | | | | | | | | | |