|  |
| --- |
| **KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ****ZORUNLU STAJ BAŞVURU FORMU** |
|  |

**İLGİLİ MAKAMA**

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulumuz öğrencilerinin  **....../.…./ 20…** - **..…./.…./ 20…** veya

**…../…./ 20… - .…./…./ 20…** tarihleri arasında 3308 sayılı Kanun ve Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Meslek Yüksekokulları Staj Yönergesi gereğince 240 saat staj yapmaları zorunludur.

Aşağıda bilgileri verilen öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde staj yapması tarafınızca uygun görüldüğü takdirde, **başvuru formu altındaki kısım ve ekinde verilen iş yeri staj sözleşmesi (3 nüsha halinde) doldurulup imzalanarak müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.**

Öğrencimizin işyerinizde yapacağı staj süresince 5510 sayılı Kanun’un 5/b maddesi gereğince **Sosyal Güvenlik Kurumu’na Zorunlu Staj Sigorta Primi yüksekokulumuzca ödenecektir.**

 **…../…../20…..**

**…………………………**

**Bölüm Başkanı**

1. **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | Öğrencinin İmzası |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı | 20… - 20… |
| e-posta adresi |  | Telefon No |  |
| T.C.Kimlik No. |  | Nüf. Kay. Ol. İl |  |
| Baba Adı |  | İlçe |  |
| Ana Adı |  | Mahalle-Köy |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi | …../....../..... | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| İkametgâh Adresi |  |
| Staj Dönemi |  | Staj Şekli | Laboratuvar □ İşletme □ |
| ……./…../……. - ……./…../……… tarihleri arasında Yaz stajı esnasında iş kazası geçirdiğimde yada istirahat raporu aldığımda belgeyi aynı gün içerisinde Yüksekokulumuz staj birimine bildirmekle ve belgelendirerek yükümlü olduğumu biliyor ve üzerime düşen görevi uygulamadığım takdirde doğabilecek olan tüm sorunları ve SGK tarafından şahsıma uygulanacak olan yaptırıma rıza göstereceğimi kabul ediyorum. Adı Soyadı /İmzası |

1. **STAJ YAPILACAK İŞLETME BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Faaliyet Konusu, Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Faks No. |  |
| e-posta adresi |  | İnternet Adresi |  |
| Staja Başlatma Tarihi | …../....../20... | Bitiş Tarihi | …../....../20... | Süresi (gün) |  |
| İşyerinde hafta sonu çalışma: | Var □ Yok □ |  |  |  |  |

Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinizinbelirtilen tarihler arasında işyerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Görev ve Ünvanı |  | İmza / Kaşe |  |
| e-posta adresi |  |
| Tarih | …../....../20... |

**Not:** Bu formu onayladıktan sonra Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne Yunus Emre Yerleşkesi, 70200 KARAMAN adresine gönderiniz.

Tel: 0 338 226 21 92 Fax: 0 338 226 21 90