



T.C.  
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

Resim

STAJ KABUL VE SÖZLEŞME FORMU

Sayı :.....-

.../.../20...

Konu :Staj

İLGİLİ MAKAMA

Öğrencinin mezun olabilmesi için eğitim gördüğü Meslek Yüksekokulu Staj Uygulama Yönergesi'nde yer alan gün sayısı kadar uygulamaya dayalı öğrenim (staj) yapması zorunludur.

**5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5'inci maddesinin (b) bendi uyarınca staj yapacak öğrencimizin sigortalı tescili yapılarak öğrencilerimize staj süresince İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası hükümleri uygulanacaktır.** Mesleki eğitim gören, staj veya tamamlayıcı eğitime devam eden öğrencilere yapılacak ödemeler 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununa göre yapılmaktadır. 20... - 20... Eğitim-Öğretim Yılı yaz stajımı, .../.../20... - .../.../20... tarihleri arasında (30 iş günü) kurumunuzda yapmak için başvuruda bulunan öğrencimizin talebi uygun görüldüğü takdirde formun 2 (iki) nüsha olacak şekilde doldurulup onaylanarak gönderilmesi gerekmektedir.

Doç.Dr. Mehmet İŞİK  
Müdür

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Programı			
T.C. Kimlik Numarası		Adı Soyadı	
Öğrenci No		Öğretim Yılı	
E-Posta Adresi		Telefon (GSM)	
Öğrenci Hesap Banka Adı		IBAN Numarası	
İkametgâh Adresi			
Sigorta Durumu	VAR (...)	Sigortalı olduğunuz kurum: (.....)	
	YOK (...)	Hiçbir sağlık güvencem bulunmamaktadır. (...) .....Sağlık güvencesinden yararlanmaktayım. (...)	

Yukarıdaki bilgilerin resmi kayıtlara uygun ve doğru olduğunu beyan eder, aksi bir durumda her türlü sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ederim.

Tarih :

Öğrencinin İmzası :

## STAJ BİLGİLERİ

Süresi (İş Günü)	.....
<sup>1</sup> Staj Eğitimi Başlama Tarihi	.../.../20...
<sup>2</sup> Staj Eğitimi Bitiş Tarihi	.../.../20...
<sup>1,2</sup> Staj başlama ve bitiş tarihleri 20... - 20... akademik takvimi esas alınmak suretiyle Meslek Yüksekokulu Staj ve Eğitim Uygulama Kurulu tarafından belirlenecek tarih aralığından seçilmelidir.	

## STAJ YAPILACAK İŞ YERİ BİLGİLERİ

İş Yerinin Adı		
İş Yerinin Adresi		
Üretim/Hizmet Alanı		
Staj Yapacağı Departman		
İşveren veya Yetkilinin Adı Soyadı - Kaşe		Görevi:
Telefon No		Faks No:
E-posta Adresi		Web Adresi (varsa):

## Stajyer Öğrenciye Sağlanacak İmkânlar

1-Staj Ücreti\* ( )    2-Yemek ( )    3-Sigorta ( )    4-Servis ( )    5-Diğer ( )    6-Bulunmamaktadır ( )

\*5/6/1998 tarihli ve 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu'nun Geçici 12. maddesi uyarınca ödeme yapılmaktadır.

**Kurum Mührü ve İmza**

## STAJ KOMİSYONU BAŞKANI (Bu kısım Üniversite tarafından imzalanacaktır.)

Adı Soyadı (Unvan)		
Yukarıda bilgileri yazılı olan işletme/kurumda öğrencinin staj yapması uygundur.		İMZA

**Not:** Öğrenciler Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Staj Uygulama Yönergesine bağlı olarak staj yapmaktadır. Stajyer öğrenciye herhangi bir imkân sağlamayacak olan kurumların stajyer öğrenciye sağlanacak imkânlar kısmındaki “bulunmamaktadır” seçeneğini işaretleyip mühür/kaşe ve imza atmaları gerekmektedir.