|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN** |
| Adı ve Soyadı : |
| Bölümü-Sınıfı : |
| Öğrenci Numarası : |
| T.C. Kimlik Numarası : |
| Telefon : GSM( ) E-posta: |
| **STAJ YAPACAĞI HASTANE/MÜDÜRLÜK:** |
| **Süresi ( İş Günü )** : ……(………..) iş günü |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi : … / … /202.. - … / …/20..** |
| **…..../..…../………**  **……………………………. BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**  Yukarıda belirtilen tarihler arasında ….. (…………) iş günlük gönüllü olarak stajımı yapmak istiyorum. Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin veya stajdan vazgeçmem halinde en az 1 (bir ) hafta önceden Fakülte Dekanlığına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.  Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.  **Öğrencinin İmzası** |
| **……../…….../…….…**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Hemşirelik Bölümü öğrencisinin  **… / … /202.. - … / …/20..**  tarihleri arasında **……(…………..)** iş günü kadar gönüllü olarak staj yapması uygundur.  Gereğini bilgilerinize arz ederim.    **Bölüm Başkanı** |
| **Sayı: E-70755926-000**  **……../…….../…….…**  **…………………………………………………….. BAŞHEKİMLİĞİNE/MÜDÜRLÜĞÜNE**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Fakültemiz …………………..……. Bölümü ….sınıf öğrencisi **…./…./20.. - …./…./20..** tarihleri arasında **……(…………..) iş günü** gönüllü olarak staj yapmak istemektedir. **5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87.maddesinin (e)** bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin gönüllü olarak staj yapacağı döneme ilişkin ……. (……………) iş günü “**iş kazası ve meslek hastalığı**” sigortası primi kurumumuz Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından ödenecektir.  Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür.  İlgili öğrencinin kurumunuzda / kuruluşunuzda staj yapmasını olurlarınıza arz / rica ederim.    **Dekan**  **\***Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencimizin stajı Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi “Ulusal Staj Programı Uygulama Yönergesi” kapsamında yürütülecektir. |
| **Sayı:**  **……../…….../…….…**  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin …..…./……..…/………. - ………/..……. /…….…. tarihleri arasında kurumumuzda / kuruluşumuzda gönüllü olarak staj yapması uygun görülmüştür.  Bilgilerinize arz / rica ederim.  **KURUM YETKİLİSİNİN**    **Adı Soyadı:**  **Ünvanı:**  **Mühür ve İmza:** |