**STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İLGİLİ MAKAMA**  Yüksekokulumuz ……………………………………………………………………………………….. Programı öğrencilerinin zorunlu/isteğe bağlı “Yaz Uygulamaları (STAJ -………)” dersi kapsamında mesai saatleri içerisinde …..…. (……….….…) iş günü staj yapmaları gerekmektedir.  5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5’inci maddesinin (b) bendi uyarınca staj yapacak öğrencimizin sigortalı tescili yapılarak staj süresince İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası hükümleri uygulanacaktır. Mesleki eğitim gören, staj veya tamamlayıcı eğitime devam eden öğrencilere yapılacak ödemeler 3308 sayılı kanuna göre yapılmaktadır.  Aşağıda bilgileri bulunan yüksekokulumuz öğrencisi, kurumunuzda staj yapmak istemektedir. Uygun görülmesi durumunda staj kabul formunun 3 (üç) nüsha doldurulup onaylayarak, 2 (iki) nüshasının tarafımıza iletmek üzere kapalı zarf içerisinde ilgili öğrenciye teslim edilmesi hususunda gereğini arz/rica ederim.    **Doç. Dr. Fatih GÜZEL**  **Yüksekokul Müdürü** | | | | | |
| **ÖĞRENCİ** | Adı Soyadı / Öğrenci Numarası | | | | / |
| TC Kimlik Numarası | | | |  |
| Telefon Numarası/ E-posta Adresi | | | | / |
| **STAJ** | Süresi (İş Günü) | | | | ……. (………….) iş günü |
| Staj Başlama ve Bitiş Tarihi | | | | ........./........./2025 - ........./........./2025 2024-2025 Yaz Dönemi |
| **SİGORTA** |  | | Ailem üzerinden sağlık sigorta hizmeti alıyorum. | | |
|  | | Ailem üzerinden sağlık sigorta hizmeti almıyorum. | | |
|  | | Memur/işçi olarak sigortalı bir işte çalışmaktayım ya da emekliyim. | | |
| Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan ya da staj yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi ve belirtilen tarihler arasında Staj yapacağımı taahhüt ederim.  Adı Soyadı: Tarih ve İmza: | | | | | |
| **KURUM ONAYI**  (Bu kısım kurum tarafından doldurulacaktır) | | | | | |
| **KURUM** | | Adı | |  | |
| Adresi | |  | |
| Telefon / Fax No | |  | |
| Staj yapılan birim/servis | |  | |
| Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin kurumumuzda **staj yapması UYGUNDUR. UYGUN DEĞİLDİR.**  Öğrencinizin staj tarihlerinde değişiklik olması ya da staja başlamaması / yarıda bırakması gibi durumlarda Meslek Yüksekokulunuza **bilgi vereceğimi taahhüt ederim**. ……./……./2025    (Kaşe)  (imza)  (Adı Soyadı) | | | | | |
| **STAJ KOMİSYONU UYGUNLUK ONAYI**  (Bu kısım **Yüksekokulumuz Bölüm Staj Komisyonunca** onaylanacaktır.)  **Öğrencimizin staj yeri;**      **UYGUNDUR. UYGUN DEĞİLDİR. ......../......../2025** | | | | | |
| **Çankırı Karatekin Üniversitesi – Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu**  **Tel: (376) 213 11 95 – 6217-6205 E-mail: eshmyo@karatekin.edu.tr** | | | | | |