**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**STAJ BAŞVURU BELGESİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | | **Programı** |  |
| **T.C. Kimlik NO** |  | | **Öğrenci Numarası** |  |
| **Tlf Numarası** |  | | **Cep Telefonu** |  |
| **Sosyal Güvencesi** | Emekli Sandığı | SSK | BAĞKUR | Sağlık Güvencesi SGK Tarafından Karşılanan(yeşil kartlı)  / Sağlık Güvencesi Olmayanlar |

Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Tarafından yürütülen Ulusal Staj Programı kapsamında yapmış olduğum başvurum kabul edilmiş olup 2024-2025 Ders Yılı sonunda 20 iş günü stajımı aşağıda belirtilen tarihler arasında yapmak istiyorum. Staj süresi boyunca sigortalık işlemleri ve prim ödemeleri Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yukarıda beyan ettiğim bilgilere göre yapılacaktır. Bu nedenle beyan ettiğim bilgilerde herhangi bir yanlışlık tespit edilmesi ve staj yerine başladıktan sonra işten çıkış halinde ayrılmayı takip eden 3 gün içerisinde Sağlık Bilimleri Fakültesi ‘ne bilgi vermemem durumunda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak ceza ve yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Gereğini arz ederim.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resmi Kurum**  **Haftanın 5 Günü Staj** | **Özel Kurum**  **Haftanın 6 Günü Staj** | **Öğrencinin**  Adı Soyadı  İmzası | :…………………………………  :………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Stajı Yapacağı Kurum** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi | Başlama Tarihi | …../……./2025 | Bitiş Tarihi | …../……/2025 | Staj  Süresi | 20 Gün |

**STAJ YAPILAN YER TARAFINDAN DOLDURULACKTIR**

**İŞVEREN/YETKİLİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Ünvanı ve Adresi |  |
| Tel.ve Faks No |  |
| e-mail |  |
| Tarih |  |
| İmza |  |

**STAJYERDEN SORUMLU YETKİLİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı soyadı |  | | |
| Ünvanı |  | | |
| Üretim/Hizmet alanı |  | | |
| Telefon/ Cep telefonu |  | **e-mail** |  |

Onay

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| Adı Soyadı Görevi  Tarih  İmza | :    : / / 2025  :……………………… | |