

GİRNE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
İŞ YERİ STAJ SÖZLEŞMESİ
İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda gerekli açıklamaları bulunan Önlisans bölümü öğrencisi
..... kurumunuzda staj yapmasının uygun görülmesi halinde SGK'ya ödenecek olan İş Kazası ve Meslek Hastalıklarına karşı sigorta primi fakültemiz tarafından ödenecektir.

Gereğini bilgilrinize arz ederim.

Dr. Aziz Okay TABUK

G.Ü S.H.M.Y.O Müdürü

| | | | |
|--|--|--------------------|-----------------|
| Adı Soyadı | | | |
| Öğrenci Numarası | | Öğretim Yılı | 20...../20..... |
| E- Posta Adresi | | KKTC Telefon No | |
| İkametgah Adresi (Staj yapacağı yerdeki adresi) | | TC Telefon No | |

| | | | | | |
|------------------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------|
| Üniversite/Hastane Adı | | | | | |
| Adresi | | | | | |
| Telefon No | | | | | |
| Staja Başlama Tarihi |/...../20..... | Bitiş Tarihi |/...../20..... | Süresi (Gün) | İş Günü |

| | |
|-----------------|--|
| SGK No | |
| Askerlik Durumu | |
| İBAN No. | |

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ NOT: Öğrencinin kimlik bilgileri ekte fotokopide sunulmuştur.

ÖĞRENCİNİN İMZASI

STAJ İZLEME VE DEĞERLENDİRME

MÜDÜRLÜK ONAYI

KURUL ONAYI

| | | |
|--|---|--|
| Bu belgedeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firmayla ilgili staj evraklarımın hazırlanmasını arz ederim. Öğrencinin Adı-Soyadı İmzası Tarih/...../20..... | Sosyal güvenlik kurumu staja başlama giriş işlemi yukarıdaki tarihlere göre yapılacaktır. Tarih/...../20..... Hastane Onayı | TARİH/...../20..... İmza/ Kaşe Dr. Aziz Okay TABUK G.Ü SHMYO Müdürü |
|--|---|--|