



T.C.
AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU YAZ STAJI BAŞLATMA FORMU

FOTOĞRAF

ÖĞRENCİNİN			
Adı Soyadı		Bölümü	
T.C. Kimlik Numarası		Programı	
Doğum Yeri ve Tarihi		Öğretim Yılı	
Baba Adı		Öğrenci Numarası	
Anne Adı		Telefon Numarası	
İkametgâh Adresi			

STAJ YAPILACAK YERİN			
Adı / Ünvanı			
Adresi			
Telefon No		Fax No	
e-Posta Adresi		Web Adresi	
İŞVEREN YETKİLİNİN			
Adı Soyadı		Yukarıda adı geçen öğrencinin Kurumumuzda / İşletmemizde staj yapması uygundur.	
Görev ve Ünvanı		.../.../2024	
Telefon Numarası		İmza / Kaşe/Mühür	
e-Posta Adresi			

2024 BAHAR YARIYILI YAZ STAJI DÖNEMİ					
NOT:2024 Bahar Yarıyılı Yaz Stajı aşağıdaki tarih aralıklarından biri seçilerek yapılacaktır					
01/07/2024-12/08/2024		16/07/2024-26/08/2024		22/07/2024-02/09/2024	
Staj Başlama Tarihi/...../2024	Staj Bitiş Tarihi/...../2024	Staj Süresi	30 İş Günü

Sağlık Güvencesi	Öğrencinin Onayı	Yaşlı Bakım Bölüm Bşk.	Yüksekokul Onayı										
Sağlık güvenceniz ile ilgili kutucuğu işaretleyiniz.	Belge üzerindeki bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu beyan eder, yanlış bilgilerden doğacak tüm sorumluluğun şahsıma ait olduğunu kabul eder ve staj yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi taahhüt ediyorum. Staj evrakımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. .../.../2024 İmza	Yukarıda adı geçen öğrenci daha önce staj başvurusu yapmamış olup staj yapmasında hangi bir sakınca yoktur. (Belge elektronik imzalıdır.)	Yukarıda adı geçen öğrencinin staj evrakı hazırlanarak S.G.K. girişi yapılmasında herhangi bir sakınca yoktur. (Belge elektronik imzalıdır.) Prof. Dr. Ramazan DEMİRDAĞ Yüksekokul Müdürü										
<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kendisi</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Annesi</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Babası</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Yeşilkart</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Yok</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Kendisi	<input type="checkbox"/>	Annesi	<input type="checkbox"/>	Babası	<input type="checkbox"/>	Yeşilkart	<input type="checkbox"/>	Yok			
<input type="checkbox"/>	Kendisi												
<input type="checkbox"/>	Annesi												
<input type="checkbox"/>	Babası												
<input type="checkbox"/>	Yeşilkart												
<input type="checkbox"/>	Yok												

Not: Zorunlu staja başlama formunun, staj evrak dağıtım ilan tarihinden itibaren 60 gün içinde 2 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü tahakkuk birimine teslim edilmesi gerekmektedir. **Teslim edilecek form 2 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanacaktır.** Bunlardan biri tahakkuk birimine teslim edilecek ve biride öğrencide kalacaktır. Öğrencilerin, staja başlama tarihinden önce Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu tarafından SGK girişleri yapılacaktır.

*5510 sayılı yasa gereğince staj başvurusunda bulunan öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerinin ödeme yükümlüğü Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Rektörlüğüne aittir.