|  |
| --- |
| **T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  **……………………………….. Hastanesi**  **CUMHURBAŞKANLIĞI ULUSAL STAJ PROGRAMI BAŞVURU FORMU** |

# TC

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERTESİ**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

## …/…/……

**Konu** Staj Başvurusu

# SAĞLIK BAKANLIĞI

**……………………………………….. Hastanesi Yöneticiliğine**

Aşağıda bilgileri yer alan okulumuz öğrencisi ’ın

kurumunuzca belirlenecek tarihlerde ……. döneminde ……… iş günü staj yapmasının uygun görülmesi halinde;

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu' na göre, stajına tabi olan öğrencimizin (İş kazaları bakımından Kısa Vadeli Sigorta Primleri kapsamında) sigorta ve prim işlemlerini, tarafımızdan yapılacaktır.

Öğrencimizin staj başvurusunun uygun görülmesi durumunda Staj Onay Bölümünde yer alan staj tarihlerinin belirlenip staj başvurusunun onaylanarak okulumuza gönderilmesi hususunda;

Gereğini arz ve rica ederiz.

## İmza Kurum Amiri

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ :**

**ADI :** ………………………………….

**SOYADI :** ………………………………….

**TC. NO :** ………………………………….

**OKULU /BÖLÜMÜ :** ………………………………….

**SINIFI/ :** ………………………………….

**TEL NO :** ………………………………….

# KURUM SORUMLUSU

**ADI :Alper**

**SOYADI :YILMAZ**

**TEL NO :0541 448 0446**

# STAJ ONAY BÖLÜMÜ

(Bu bölüm hastane idaresi tarafından doldurulacaktır.)

Yukarıdaki Öğrenci Bilgileri Bölümünde bilgileri yer alan ve okulunuz öğrencisi olduğu belirtilen öğrencinin … / … / .…… - … / … / .…... tarihleri arasında .….. iş günü hastanemizde

.…. stajını yapması Hastane Yöneticiliğince uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederiz.

# Eğitim Hemşireliği Birimi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü imza İmza

**ONAY**

**… /… / 20…**