

STAJ İŞLEM SIRASI

- 1. ÖĞRENCİ ÜNİVERSİTE WEB SAYFASINDAN STAJ ÖNCESİ DOLDURULMASI GEREKEN FORMLARA VE STAJ DEFTERİNE ULAŞABİLİR.**
2. Zorunlu Staj başvuru formunda (EK-1) gerekli yerler öğrenci tarafından doldurulup, staj yapmak istediği kuruma kaşeletme ve imzalama işlemlerini yaptıktan sonra Danışman öğretim elemanına teslim etmesi gerekmektedir.
3. Aile Sağlık Yardımı Sorgulama Belgesinin (EK-4) gerekli kısımları öğrenci tarafından doldurulup, Danışman öğretim elemanına teslim etmesi gerekmektedir.
4. 1 adet Nüfus Cüzdan Fotokopisi Danışman öğretim elemanına teslim etmesi gerekmektedir.
5. Yukarıda yazılı olan 2., 3., ve 4. Maddelerde konu alan hususlar Danışman öğretim elemanına **MAYIS AYININ SON HAFTASINA** kadar teslim edilmesi gerekmektedir.
6. Staj bitiminde Staj yapılan kurum tarafından doldurulduktan sonra kapalı zarf içinde öğrenciye teslim edilecektir.
7. Staj Defteri ve EK-2 formu yeni dönem başında Danışman öğretim elemanına teslim etmesi gerekmektedir.
8. **STAJ MUAFİYETİ OLAN ÖĞRENCİLER İLGİLİ FORMU (EK-3) DOLDURUP ONAYLATTIKTAN SONRA İLGİLİ BÖLÜM BAŞKANINA TESLİM EDECEKTİR. BÖLÜM BAŞKANI VE STAJ KOMİSYON BAŞKANININ ONAYI İLE STAJ MUAFİYETİ YAPILACAKTIR.**
- 9. STAJINI TAMAMLAMAYAN ÖĞRENCİ MEZUN OLAMAZ.**



T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ZORUNLU STAJ
BAŞVURU FORMU
(EK.1)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Bölüm / Sınıf / Öğrenci No	
Adres	
Cep Telefonu	
Ev Telefonu	
E-Posta	

KURUM BİLGİLERİ

Staj Yapılacak Kurumun Adı	
Kurumun Adresi	
Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	
Telefon	
Faks	
Yetkili E-Posta	
Staj Yapılacak Kurumunda Yetkili Kişinin İmzası	
Staj Tarihleri / / 20..... - / / 20.....

Başvuruyu Değerlendiren Bölüm Staj Koordinatörünün	
Adı Soyadı	
Telefon	
E-Posta	
Görüşü	<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Red
Tarih	
İmza	

Staj Başvurusu Reddedildiyse Nedenleri:

NOT: 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurması gerekmektedir.

EK.4

AİLE SAĞLIK YARDIMI SORGULAMA BELGESİ

SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER

T.C. Kimlik Numarası	
Nüfus İli	
Cilt No	
Doğum Yılı	

ÖĞRENCİNİN SAĞLIK YARDIMI İLE İLGİLİ DOĞRULAYACAĞI BİLGİLER

Cinsiyet	Erkek	<input type="checkbox"/>	Bayan	<input type="checkbox"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	<input type="checkbox"/>

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Yeşil Kartlıyım (Eski)	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalıyım (GSS)	<input type="checkbox"/>
Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Çiftçi, Fakat Tarım Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Çiftçi, Fakat Tarım Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>

Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda Başkanlığınıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.

Adı Soyadı :

...../...../201...

İmza

Not: Başka Bir İşte Çalışıyorsanız ve adınıza Asgari Ücret Düzeyinde Sigorta Primi Ödeniyorsa Kısmi Zamanlı Öğrenci Olarak Çalışamazsınız.

Bu Form Önceki Dönemlerde Düzenlenmesi Gereken Form 9 Ve Form 10'un Yerine Hazırlanmıştır. Eski Formlar Kullanılmayacaktır. Sağlık Hizmeti Sorgulamasını SKS Daire Başkanlığı Yapacaktır. Öğrenci Sağlık Hizmetinin Değişmesi Durumunda SKS Daire Başkanlığına Formu Yenileyerek İletecektir.

İlgili Öğrenci Tarafından Doldurulacak		FOTOĞRAF
T.C Kimlik No		
Adı Soyadı		
Baba Adı		
Doğum Yeri ve Tarihi		
İş Yeri Tarafından Doldurulacak		
Yukarıda kimliği belirtilen.....işyerimizde.....Meslek alanında/.../... tarihinden itibaren/...../..... tarihine kadar fiilen çalıştığını beyan ederim./...../.....		
İşverinin		
Adı, Soyadı		İmza-Mühür
Ünvanı.....		
Tlf.....		
İlgili öğrencinin çalışma alanı ve yaptığı işler:		
1-.....		
2-.....		
3-.....		
Dernek / Oda dolduracak		
İşyerinin Ünvanı ve Adresi	İşveren Vergi Kayıt No	İşyerinde yapılan iş ve Hizmet Türü
Yukarıda kimliği ve vergi kaydı belirtilenodamızda/derneğimizde sicil no ile kayıtlı olup.....meslek dalında fiilen çalışmaktadır./...../.....		
Onaylayanın		
Adı soyadı :		imza-mühür
Ünvanı :		
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA		
Yalıncağ-TRABZON		
Okul..... Bölümü,.....Programı.....nolu öğrencisiyim. Yukarıdaki beyanda belirtilen tarihler arasında isimli işyerinde çalıştım. / çalışmaktayım. Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Staj Yönergesinin, Staj Muafiyeti başlığı altında yer alan 21.madde gereği; zorunlu olarak yapmam gereken staj çalışmasından muaf tutulmamı saygıyla arz ederim.		
İmza :		
Tlf :		
SONUÇ		
İlgili öğrenciiş günlük mesleki stajdan muaf tutulabilir. / tutulamaz./...../.....		
UYGUNDUR		
Bölüm Başkanı		STAJ KOMİSYON BAŞKANI
Adı Soyadı :		Adı Soyadı :
İmza :		İmza :