Sayı :45334981-304.03- /…………../…..……./2025

Konu :Öğrenci Stajı

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda açık kimliği yazılı Fakültemiz/Yüksekokulumuz …………… numaralı Hemşirelik Bölümü öğrencimiz ...…/……/2025- ……/……/2025 (20 işgünü) tarihleri arasında “Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Kariyer Kapısı Staj Seferberliği“ kapsamında stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu’nun 87.maddesinin (c) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin staj yapacağı döneme ilişkin …. iş günlük “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigortası primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir. Öğrencimizin kurumunuzda stajını yapmasının uygun olup, olmadığını Fakülte Dekanlığımıza bildirmenizi arz/rica ederim.

Doç. Dr. Aylin YALÇIN IRMAK

Bölüm Başkanı

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TC Kimlik Numarası |  | | | |
| Adı Soyadı |  | | | |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı | |  |
| e-posta adresi |  | Telefon No (GSM) | |  |
| İkametgah Adresi |  | | | |
| **STAJI YAPACAĞI YER** | | | **Kaç İşgünü Olduğu** | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| **TOPLAM İŞGÜNÜ** | | |  | |

**İŞYERİ EĞİTİCİ PERSONELİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Staj Yeri Adı |  | | |
| Adı Soyadı |  | | |
| Görevi |  | İmza / Kaşe /Mühür |  |
| Telefon |  |
| Tarih |  |

**ÖĞRENCİ ÖĞRENCİ DANIŞMANI ONAYI STAJ YAPILAN İŞYERİ ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.  Adı Soyadı:  İmza:  Tarih:31.05.2021 | Adı Soyadı:  İmza:  Tarih: | Adı Soyadı:  Mühür/Kaşe:  Tarih: |