



T.C.  
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
ACIL YARDIM VE AFET YÖNETİMİ BÖLÜMÜ  
ZORUNLU YAZ STAJI FORMU

Sayı : 45334981-304.03- /...../...../2025  
Konu :Öğrenci Zorunlu Yaz Stajı

**İLGİLİ MAKAMA**

Fakültemiz/Yüksekokulumuz Lisans düzeyinde 4 yıllık eğitim ile Acil Yardım ve Afet Yönetimi Programını yürütmektedir. Yönetmeliğimiz gereği öğrencilerimiz yaz stajını yapmakla yükümlüdür.

Aşağıda açık kimliği yazılı .....numaralı Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü öğrencimiz .... /.../2025 - ..../.../2025 (20 işgünü) tarihleri arasında kurumunuzda Zorunlu Yaz Stajını yapmak istemektedir. **5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu'nun 87.maddesinin (c) bendi hükümleri** uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin 20 iş günlük "İş Kazası ve Meslek Hastalığı" sigortası primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir. Öğrencimizin kurumunuzda yaz stajını yapmasının uygun olup, olmadığını bildirmenizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ayşe Handan DÖKMECİ

Bölüm Başkanı

**ÖĞRENCİNİN**

TC Kimlik Numarası			
Adı Soyadı			
Öğrenci No		Öğretim Yılı	
e-posta adresi		Telefon No (GSM)	
İkametgah Adresi			
<b>STAJI YAPACAĞI ALAN</b>		<b>Kaç İşgünü Olduğu</b>	
		İşgünü	
<b>TOPLAM İŞGÜNÜ</b>		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:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:	Mühür/Kaşe:
Tarih:	Tarih:	Tarih: