T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

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: