



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

..... BÖLÜMÜ

ZORUNLU STAJ/MESLEKİ UYGULAMA DOSYASI

Değerli Öğrencimiz,

“Zorunlu Staj/Mesleki Uygulama” dersleri kapsamında uygulamaların sorunsuz yürütülmesi ve tamamlanması için bu rehber hazırlanmıştır.

LÜTFEN BU DOSYAYI VE EKLERİNİ AŞAĞIDAKİ BİLGİLERİ DİKKATLE OKUYARAK DOLDURUNUZ!

- Zorunlu Staj/Mesleki Uygulama Başvuru ve Kabul Formunu** eksiksiz ve hatalı bilgi içermeksizin **mavi** tükenmez/dolma kalem ile doldurup, **fotoğraf yapıştırarak** teslim ediniz.
- İlgili formu doldurduktan sonra imzalayarak **sorumlu öğretim elemanına**, imzalatarak uygulama yapacağınız kurumun İnsan Kaynakları/eğitim birimine/müdürlüğüne götürünüz.
- Uygulama yapılacak kurum/hastanede imzalanan evrakın bir nüshası/kopyasını **bölümünüze** teslim ediniz.
- Bilgilerin eksik ve/veya hatalı olması, form üzerinde imza, tarih vb. bilgilerin olmaması durumunda, ilgili birimlerin dosyayı kabul etmeme hakkı vardır.
- Dosyasını teslim etmeyen öğrencinin SGK girişi yapılmaz. Bu durumda öğrencinin uygulamaya başlaması mümkün değildir.
- Üniversite tarafından yapılan SGK girişi, **genel sağlık sigortasını kapsamamakta** olup **sadece iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı** yapılmakta ve uygulama dersi bitiminde sonlanmaktadır.
- Uygulamaya gidilecek kurumların istedikleri evraklar farklılık göstermektedir. Her kurum için gerekli test/belge/evrak ilgili kurumdan öğrenilerek öğrenci tarafından hazırlanacaktır. **“Teslim öncesi son kontrol listesi”** tarafınızdan **tam olarak** doldurularak **imzalanmalı** ve **ders öğretim elemanınızdan onay aldıktan sonra** dosya içinde teslim edilmelidir.

Adı Soyadı:

Öğrenci Numarası:

Sınıf:

FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
..... **BÖLÜMÜ**

FOTOĞRAF

ZORUNLU STAJ/MESLEKİ UYGULAMA BAŞVURU VE
KABUL FORMU

Fakültemizde öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda yazılı öğrencimiz belirtilen tarihlerde zorunlu staj/mesleki uygulamasını kurumunuzda/kuruluşunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin uygulama yapacağı döneme ilişkin **“İş Kazası ve Meslek**

Hastalığı Sigortası” primi Üniversitemiz tarafından ödenecektir.

Adı Soyadı:

Sınıf:

Öğrenci Numarası:

T.C. Kimlik Numarası:

SGK Numarası:

Bağ-Kur Numarası:

Emekli Sandığı Numarası:

Adres:

GSM:

Dönem:...../..... **Eğitim Öğretim Yılı** **Yarıyılı**

Zorunlu Staj/Mesleki Uygulama Yapacağı Dersin Adı:

Zorunlu Staj/Mesleki Uygulama Yapacağı Kurum/Hastane/Merkez:

Zorunlu Staj/Mesleki Uygulama Başlama ve Bitiş Tarihi:

Günleri:

..... **BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Yukarıda belirtilen tarihler arasında iş gününü kapsayan zorunlu staj/mesleki uygulamamı yapmak istiyorum. Zorunlu Staj/Mesleki uygulamayı iş günü dolmadan herhangi bir mazeret nedeniyle bırakmam durumunda en geç 2 (iki) iş günü içerisinde Bölüm Başkanlığına/dersin sorumlu öğretim elemanına bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı Soyadı:

İmza:

..... **İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRLÜĞÜNE / EĞİTİM**
HEMŞİRELİĞİ DEPARTMANINA/ İLGİLİ MÜDÜRLÜĞE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Bölümü öğrencisinin kurumunda belirtilen iş günü kadar staj/mesleki uygulama yapması uygundur. İlgili öğrencinin kurumunuzda/kuruluşunuzda zorunlu staj/mesleki uygulama yapması içingereğini arz/rica ederim.

Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

KURUM ADINA ONAYLAYAN YETKİLİNİN;

Yukarıda ismi ve bilgileri yazılı olan öğrencinin kurumumuzda.....iş günü zorunlu staj/mesleki uygulama yapması uygundur.

Kurum Sorumlusu

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

BEYAN VE TAAHHÜTNAME

Üniversitemizin
Fakültesi/Meslek Yüksekokulu.....Bölümü/Programı
öğrencisiyim.
biriminde/işyerinde zorunlu uygulamalı eğitim kapsamında Kısmi Zamanlı Öğrenci olarak /
Stajyer Öğrenci olarak 5510 sayılı Kanunun 5/bmaddesi uyarınca çalışmak istiyorum.

Ailemden, **annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum.** Bu nedenle zorunlu kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul etmiyorum.**

Ailemden, **annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum.** Bu nedenle zorunlu kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul ediyorum.**

Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması durumunda değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı Soyadı :

T.C.Kimlik No:

Bölümü:

Öğrenci No :

İmzası :

Tarih :