



T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ  
MESLEK YÜKSEKOKULU

Fotograf  
yapıştırarak  
Dekanlıkta  
onaylatınız

**İlgili Makama**

Aşağıda bilgileri yer alan Yüksekokulumuz öğrencisinin belirtilen tarihler arasında 30 iş günü zorunlu yaz staj yapmasının uygun görülmesi halinde, **5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa** göre zorunlu yaz staja tabi olan öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalığı sigortası ve prim işlemlerinin yapılabilmesi için öğrencimizin yaz stajına başlama ve bitiş bilgilerini gösteren evrakı müdürlüğümüze teslim eden öğrenciler için Yüksekokulumuz tarafından yerine getirileceğini taahhüt ederiz.

Prof. Dr. Serkan AKKOYUN  
Müdür

**ÖĞRENCİNİN**

Adı Soyadı			
Öğrenci No		Öğretim Yılı	
Programı		Telefon No	
İkametgah Adresi		Öğrencinin İmzası	

Öğrenci 25 yaş ve üstü ise, genel sağlık sigortası var mı? Evet  Hayır

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ** (Staj başvurusu kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur)

Soyadı	
Adı	
Baba Adı	
Ana Adı	
Doğum Yeri	
Doğum Tarihi	
T.C.Kimlik No.	

**ZORUNLU YAZ STAJI YAPILAN YERİN**

Adı					
Adresi					
Telefon No		Faks No			
Staja Başlama Tarihi	02.08.2021	Bitiş Tarihi	13.09.2021	Süresi (iş günü)	30

**STAJ ONAY BÖLÜMÜ**

(Bu bölüm kurum tarafından doldurulacaktır.)

Yukarıda bilgileri yer alan ve Yüksekokulumuz öğrencisi olduğu belirtilen öğrencinin, 02/08/2021 – 13/09/2021 tarihleri arasında, 30 iş günü zorunlu stajını, hastanemizde/ işyerimizde yapması uygun görülmüştür.

ONAY  
..../...../202.