



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

ZORUNLU STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı-Soyadı :

Okul Numarası :

T.C. Kimlik Numarası :

Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

..... Bölümü Programı

öğrencisiyim./...../20.....-......./20..... tarihleri arasında 30 iş günü mesleki stajımı kurumunuzda yapmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim./...../.....

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu' na göre kamu görevinde çalışmaktayım.

Evet Hayır

Öğrencinin İmzası

Yüksekokulumuz öğrencilerinin mezun olabilmesi için 30 iş günü mesleki staj çalışması yapma zorunluluğu vardır. 5510 sayılı kanun gereğince iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Program Staj Koordinatörü

İŞ YERİNİN

İsim ve Ünvanı:

Adresi:

Telefon Numarası:

Yukarıda adı geçen öğrencinin mesleki staj çalışmasını iş yerimizde yapması uygundur.

İş Yeri Yetkilisi

Adı-Soyadı

Mühür ve İmza

ONAY

Bölüm Staj Kurulu Başkanı