|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **images.jpg** | **KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  **KOCAELİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK BÖLÜMÜ** | **Fotoğraf** |
| **STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU** | |
| **Öğrencinin;** | |
| Adı ve Soyadı: | | |
| Öğrenci Numarası: | | |
| T.C.Kimlik Numarası: | | |
| Adresi: | | |
| Tlf: GSM: e-posta: | | |
| Stajın Süresi (iş günü): 20  Stajın başlangıç ve bitiş tarihi:\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_ /\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_ | | |
| **KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  **KOCAELİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ’NE;**  Yukarıda belirtilen tarihler arasında 20 işgünlük stajımı yapmak istiyorum. Staj başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir (1) hafta önceden Yüksekokulu Müdürlüğü’ne bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.  **Öğrencinin İmzası** | | |
| **İLGİLİ MAKAMA**  Yukarıda açık kimliği yazılı olan yüksekokul öğrencimizin belirtilen işgünü kadar stajını, Kocaeli Üniversitesi Önlisans-Lisans Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin 20. Maddesi gereğince kadın-doğum servisleri ve doğumhanelerde yapması zorunludur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 5 inci maddesinin (b) fıkrası uyarınca zorunlu staj yapacak öğrencilerin sigorta kapsamında olması gerektiğinden ve sigorta işlemleri Rektörlüğümüzce yapılacağından, ilgili hazırların zamanında tamamlanabilmesi için öğrencimizin başvurusu ile ilgili kabul yazısının en geç **08 Nisan 2016** tarihine kadar yüksekokulumuza gönderilmesi hususunda;  Gereğini arz ederim.  Prof.Dr. Pervin İşeri  Kocaeli Sağlık Yüksekokulu  Yüksekokul Müdürü | | |
| **STAJ YERİNİN** | | |
| **Adı:** | | |
| **Adresi:** | | |
| **Telefon: Fax:** | | |
| **KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  **KOCAELİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ’NE**  Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_ /\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_tarihlerinde kurumumuzda/ kuruluşumuzda staj yapması uygun görülmüştür.  Bilgilerinize rica ederim.  KURUM YETKİLİSİNİN  Adı Soyadı  (Ünvanı)  Mühür ve İmza | | |
| **BAŞVURUYU ONAYLAYAN KURUMDA**  **Evrak Girişi Tarih ve No:**  **Evrak Çıkışı Tarih ve No:** | | |

**Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Umuttepe Merkez Yerleşkesi 41380 – KOCAELİ**

**Santral: (0262) 303 78 02 Fax: (0262) 303 78 03e-posta:** [**kosagy@kocaeli.edu.tr**](mailto:kosagy@kocaeli.edu.tr) **Elektronik Ağ: www.kocaeli.edu.tr**