



HAKKARI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ



STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU
İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimizin staj yapma zorunluluğu vardır. Öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde yapacağı 30 iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

Fotoğraf
eklenecek

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :

Bölümü-Sınıfı :

Öğrenci Numarası :

T.C. Kimlik Numarası :

Telefon :

e-mail:

.../.../2024 – .../.../2024 (... iş günü)

• İç Hastalıkları Hemşireliği (15 iş günü)

• Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (15 iş günü)

• Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (15 iş günü)

• Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (15 iş günü)

STAJ YAPACAĞI HASTANE:

Süresi (İş Günü) : iş günü

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi : ... / ... /2024 - / /2024

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Yukarıda belirtilen tarihler arasında İş günlük stajımı yapmak istiyorum. Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin veya stajdan vazgeçmem halinde en az 1 (bir) hafta önceden Fakülte Dekanlığı'na bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Öğrencinin İmzası

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Hemşirelik Bölümü öğrencisinin Hastanesi'nde belirtilen iş günü kadar staj yapması uygundur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Neşe ATAMAN BOR
Bölüm Başkanı

Sayı:

.....BAŞHEKİMLİĞİNE

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri verilen Fakültemiz Hemşirelik Bölümü sınıf öğrencisi tarihleri arasında

..... Hastanesi'nde zorunlu staj yapmak istemektedir.

5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 87.maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu olarak staj yapacağı döneme ilişkin İş günü "iş kazası

ve meslek hastalığı" sigortası primi kurumumuz Hakkari Üniversitesi Rektörlüğü tarafından ödenecektir.

Öğrenci uygulama süresince kurumunuzun bütün kurallarına uymakla yükümlüdür.

İlgili öğrencinin kurumunuzda / kuruluşunuzda staj yapmasını olurlarınıza arz / rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Dilek DEMİR KÖSEM
Dekan Yardımcısı

Sayı:

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Yukarıda kimlik ve okul bilgileri yazılı öğrencinin tarihlerinde kurumunuzda / kuruluşunuzda staj yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz / rica ederim.

KURUM YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı
(Ünvanı)
Mühür ve İmza