



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ
STAJ BAŞVURU SÖZLEŞMESİ

Staj Yapacak Öğrencinin;

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| Adı Soyadı | | | | | | | Fotoğraf |
| TC. Kimlik No | | | | | | | |
| Baba Adı | | | | | | | |
| Anne Adı | | | | | | | |
| Doğum Yeri ve Tarihi | | | | | | | |
| Telefon No | | | | | | | |
| İkametgâh Adresi | | | | | | | |
| Öğrencinin SGK Güvencesi | Anne/Baba | Eş | Kendim Çalışıyorum, SGK'lıyım | SGK'lıyım, primimi kendim ödüyorum | SGK'lı değilim | Diğer | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Üniversite/Fakülte Adı | | | | | | | |
| Bölümü | | | | | | | |
| Öğrenci No | | | | | | | |
| Staj Başlangıç Tarihi | | | Staj Bitiş Tarihi | | | | |
| Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan/staj yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi ve belirtilen tarihler arasında staj yapacağımı taahhüt ederim. | | | | | | | |
| Stajyer Öğrencinin Adı Soyadı: | | | | | | | |
| Tarih ve İmza: | | | | | | | |

Staj Yapılacak Yerin;

| | | | |
|--------|--|---------|--|
| Adı | | | |
| Adresi | | | |
| Tel No | | E-Posta | |

| | | |
|---------------------------|-------------------|---------------------|
| Bölüm Başkanı (İmza/Kaşe) | Dekan (İmza/Kaşe) | İşveren (İmza/Kaşe) |
| .../.../20... | .../.../20... | .../.../20... |