# ÖĞRENCİNİN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | | |
| T.C Kimlik Numarası |  | | | |
| Öğrenci Numarası |  | | | |
| Sınıf/Şube |  | | | |
| Telefon |  | | | |
| E-Posta |  | | | |
| Uygulamalı Eğitim Başlangıç Tarihi …/…../….. | | | Uygulamalı Eğitim Bitiş Tarihi ../…../… | |
| **ÖĞRENCİ GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYAN VE TAAHHÜDÜ**  Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.** Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.** Yeşil Kart sahibiyim.  **İş kazası olması ve sağlık raporu alınması durumunda mutlaka aynı gün Uygulamalı Eğitim Koordinatörüne ve Bölüm Başkanına bilgi vereceğim ve evraklarımı ileteceğim. Aksi halde cezai yaptırımları kabul ediyorum.**  **Not**: 5510 sayılı kanuna göre İş Kazası ve Meslek Hastalığı prim ödemeleri öğrencilerin, GSS (Genel Sağlık Sigortası) kapsamında olup olmadıklarına göre değişmektedir. (**http**[**s://www**](http://www.turkiye.gov.tr/spas-mustahaklik-sorgulama))**.tur**[**kiye.gov.tr/spas-mustahaklik-sorgulama)**](http://www.turkiye.gov.tr/spas-mustahaklik-sorgulama)) linkinde bulunan (SPAS Müstehaklık Sorgulama) üzerinden GSS (Genel Sağlık Sigortası) kapsamında olup olmadığınızı kontrol etmelisiniz. Durumunuz (Müstehaktır, provizyon alabilir.) şeklinde ise GSS kapsamında olduğunuz anlamına gelir. | | | | |
| Öğrenci Adı Soyad:  **……………………………………………….** | | Tarih:  ……/……../…… | | İmzası: |

**ÜNİVERSİTE ADINA**

**UYGULAMALI EĞİTİM KOORDİNATÖR ONAYI**

Yukarıda kimlik bilgileri verilen, belirtilen tarihlerde ve kurumda uygulamalı eğitim yapması uygun görülen öğrenci, Fakültemiz öğrencisi olup SGK işlemleri, 5510 sayılı kanuna göre, Üniversitemiz tarafından yapılmaktadır.



# UYGULAMALI EĞİTİM KURUMU

|  |  |
| --- | --- |
| Kurum Adı |  |
| Yetkilinin Adı Soyadı |  |
| Yetkilinin E-posta adresi |  |
| Tel/Faks Numarası |  |
| Yukarıda açık kimliği belirtilen öğrencinin ilgili tarihlerde iş yerimizde 3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanunu’nun şartlarına uygun şekilde **Stajyer olarak çalışması** uygun görülmüştür.  **İŞLETME ONAYI**  Kurum Kaşesi Tarih ve İmza | |

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıbbiye Cad. No:38 34688 Üsküdar/İSTANBUL Mail: sbf@sbu.edu.tr Tel: 0216 777 8 77 (Dahili: 2604)