



T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ZORUNLU YAZ STAJI BAŞVURU FORMU/SÖZLEŞME

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
T.C Kimlik Numarası	
Öğrenci Numarası	
Bölüm/Sınıf	
Telefon	
E-Posta	
Zorunlu Yaz Stajı Başlangıç Tarihi .../...../.....	Zorunlu Yaz Stajı 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 Staj Koordinatörüne, ilgili memura bilgi vereceğim ve evraklarımı ileticeğim. 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. (<https://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 Soyadı:	Tarih:	İmzası:
.....	/...../.....	

ÜNİVERSİTE ADINA

Yukarıda kimlik bilgileri verilen, belirtilen tarihlerde ve kurumda **20 iş günü** zorunlu yaz stajı yapması uygun görülen öğrenci, Fakültemiz öğrencisi olup SGK işlemleri, 5510 sayılı kanuna göre, Üniversitemiz tarafından yapılmaktadır. (Bu form iki (2) nüsha olarak düzenlenecektir. Öğrenci Staj Başvuru formunu yapacağı kuruma onaylattıktan sonra diğer nüshasını bölüm staj koordinatörüne **Müstehaklık** belgesi ile **İSG Sertifikası** ile beraber teslim edecektir.)

YAZ STAJI KOORDİNATÖR
ONAYI

DEKANLIK ONAYI
Prof. Dr. Arzu İRBAN
Dekan

ZORUNLU YAZ STAJI KURUMU

Kurum Adı	
Yetkilinin Adı Soyadı	
Yetkilinin E-posta adresi	
Tel/Faks Numarası	

Yukarıda açık kimliği belirtilen öğrencinin ilgili tarihlerde **20 iş günü** iş yerimizde Zorunlu Yaz Stajı dersi kapsamında **Stajyer olarak çalışması** uygun görülmüştür.

İSLETME 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)

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HSBF.FR.25	26.12.2022	06.05.2025	03	1 / 1