|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **T.C.**  **DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  **ATATÜRK SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**  **GÖNÜLLÜ STAJ BAŞVURU/KABUL VE SÖZLEŞME FORMU** | | | | | | | | | |
| **ATATÜRK SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**  Fakültemiz ………………………… Bölümü, .......... Sınıf, …............................Numaralı öğrencisiyim. 20…./20….Eğitim Öğretim Yılı “Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Ulusal Staj Programı” Gönüllü Stajımı …./….-…./…. 20…. tarihleri arasında aşağıdaki Kurum/Kurtuluş’ta …… (……) işgünü olarak yapmak istiyorum. Bu sözleşmede yazılı bilgilerin doğru olduğunu kabul ediyorum. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Ulusal Staj Programı Uygulama Yönergesi ile bu yönergede atıf yapılan tüm yasa, yönetmelik, yönerge usul ve esaslara, Dicle Üniversitesi Önlisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine, staj yapacağım kurumun\işletmenin yasal düzenlemelerine bağlı kalacağımı beyan eder, staj ile ilgili doğabilecek her türlü hukuki ve cezai sorumluluğun tarafıma ait olacağını taahhüt ederim.  .…/…./2023  Adı ve Soyadı:  İmza  U Y G U N D U R  Prof. Dr. Vahap ÖZPOLAT  Dekan V. | | | | | | | | | | |
| **ÖĞENCİNİN** | | | | | | | | | | |
| Bölümü |  | | | | | | | | | |
| Adı Soyadı |  | | | | Sigorta  Durumu | | VAR( ) Sigortalıysanız Hangi Kurum? | | | |
| T.C.Kimlik No |  | | | | VAR( ) Anne/Baba/Eş Sağlık Güvencesinden Yararlanmaktayım | | | |
| Öğrenci No |  | | | | YOK ( ) Hiçbir sağlık güvencem yoktur. | | | |
| E – posta adresi |  | | | | Öğretim Yılı : | | | Telefon | | |
| İkametgah Adresi |  | | | | | | | | | |
| **STAJ YAPILACAK İŞYERİ BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | |
| İşyeri Adı |  | | | | | | | | | |
| İşyeri Adresi |  | | | | | | | | | |
| Hizmet Alanı |  | | | | | | | | | |
| e-posta : | | | | Web Adresi : | | | | | | Tlf: |
| Staj Başlama Tarihi.../…/2023 | | | | Staj Bitiş Tarihi : …/…/2023 | | | | | | Süresi : ….gün (…..saat) |
| **Stajın Yapılacağı Kurum Tarafından Stajyer Öğrenciye Sağlanacak İmkânlar** | | | | | | | | | | |
| Ücret( ) 2-Yemek( ) 3-Sigorta( ) 4-Servis( ) 5-Diğer( ) | | | | | | | | | | |
| **İŞVEREN VEYAYETKİLİNİN (Staj Yapılacak Kurum)** | | | | | | | | | | |
| Adı-Soyadı |  | | | | | | | | | |
| Görevi |  | | | | | | | | | |
| e-Posta Adresi |  | | | | | | | | | |
| **OKUL TARAFINDAN DOLDURULACAK** | | | | | | | | | | |
| Adı-Soyadı (Unvan) | | Funda GÜMÜŞ (Doç. Dr.) | | | | | | | | |
| Telefon (GSM) | | 05336876861 | | | | | | | | |
| **Yukarıda bilgileri yazılı olan işletme/ kurumda öğrencinin staj yapması uygundur.** | | | | | | | | | | |
| İmza ve Kaşe  …./…./2023    Danışman | | | | | | İmza ve Kaşe  …./…./2023  Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ  Bölüm Başkanı | | | | |
| **STAJ YAPAN ÖĞRENCİ**  **Adı Soyadı:**  **Tarih :.../… /2023**  **İmza:** | | | **FAKÜLTE DEKANI**  **Adı Soyadı: Prof.Dr. Vahap ÖZPOLAT**  **Dekan V.**  **Tarih :…/…/2023**  **İmza:** | | | | | | **İŞ VEREN VEYA VEKİLİ**  **Adı Soyadı:**  **Tarih :.../…/2023**  **İmza:** | |