Ek:4

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**

Üniversiteniz ……………………………………………………..Bölümü Öğrencisi ……………………………..T.C. Kimlik No’lu ……………………………………………… toplamda ( …. ) iş günü olmak üzere ……../…../2025 - ……./……../2025 tarihleri arasında kurumumuz bünyesinde Ulusal Staj Programı kapsamında staj yapmaya hak kazanmıştır.

 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası gereğince sigorta iş ve işlemlerinin yapılmasını arz/rica ederim.

 Kurum Adı: Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü

 Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı:

 İmza:

 Kaşe (varsa):