| KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ | T.C.<br>KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ<br>MÜHENDİSLİK VE DOĞA BİLİMLERİ FAKÜLTESİ | Doküman No | MDBF.F02 |
|---|---|---|---|
| | | Yayın Tarihi | 02.10.2026 |
| | | Revizyon No | 00 |
| | KURUMLAR ARASI STAJ BAŞVURU ve KABUL FORMU | Revizyon Tarihi | - |

**…….. BÖLÜMÜ**

| **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** | | | |
|---|---|---|---|
| ADI / SOYADI | | | |
| KAYITLI OLDUĞU BÖLÜMÜN ADI | | | İKAMET ADRESİ: |
| T.C KİMLİK NUMARASI | | | |
| CEP TELEFON NUMARASI | | | |
| ÖĞRENCİ NUMARASI-SINIFI | | | |
| E-POSTA ADRESİ | | | |
| SGK KAYDI (Kendimden, ailemden, annem / babam üzerinden Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlık Hizmeti) | ALIYORUM | ALMIYORUM | |

| **STAJ YAPILACAK İŞYERİ BİLGİLERİ** | |
|---|---|
| ADI | |
| ADRESİ | |
| STAJ YAPILACAK BÖLÜM | |
| TELEFON / WEB ADRESİ | |
| FAALİYET ALANI | |

Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında ……. Günlük stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamama ya da vazgeçmem halinde en az 3 gün öncesinden, "Öğrenci İşleri Birimi'ne bilgi vereceğimi, aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek zararları karşılayacağımı; Mazeretli veya mazeretsiz devamsızlık süremi SGK primi ödenmeden "Öğrenci İşleri Birimi'ne bildireceğimi, eksik günleri için ek sigorta işlemi yapılıdığında sigorta giderini ödeyeceğimi; Staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi, KSBÜ ce yayımlanan stajımla ilgili yönerge, yönetmelik ve esasları kabul ettiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Tarih : …../…../……..
Öğrencinin Adı ve Soyadı :……
Öğrencinin İmzası :……

Yukarıda verilen staj yerine ait bilgilerin doğruluğunu, stajla ilgili işlemlerde "Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uygulamalı Eğitimler Usul ve Esaslar Yönergesi" , "Türkiye Cumhuriyeti İnsan Kaynakları Ofis Staj Seferberliği Uygulama Yönergesi" ilgili hükümlerini kabul ederim.

| | |
|---|---|
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin, İşyerimizde …….. günlük<br><br>**STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR( )GÖRÜLMEMİŞTİR( )** | İşyeri Yetkilisi veya Temsilcisi<br>Adı Soyadı :……..……<br>İmzası :……...……..<br>Tarih : …../……/……..…<br><br>Mühür / Kaşe : |

| **ÖĞRENCİNİN** | | | |
|---|---|---|---|
| BAŞVURU YAPTIĞI STAJ YERİ | | | |
| STAJ BAŞLAMA TARİHİ | ……/……/ ……. | Haftalık Çalışılacak Gün Sayısı :……. | Staj Süresi …….. gün |
| STAJ BİTİŞ TARİHİ | ……/ …../ ……. | | |
| STAJ SÜRESİNCE AYLARA GÖRE ÖDENECEK PRİM GÜNÜ (Hangi Ayda Kaç Gün Staj Yapacağı): | | | |

Cumhurbaşkanlığı Ulusaj Staj Programı kapsamında, Kariyer Kapısı Çevrimiçi Platformu üzerinden staj başvurusu yapan öğrencilerin sigorta işlemleri staj yapılacak kurum tarafından staj yapılacak tarihlerin en az 10 gün önce resmi yazı ile bildirilmesi durumunda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Fakültemiz tarafından yapılmaktadır.

**Fakülte Sekreteri**
Adı ve Soyadı
İmza