**MUŞ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ**

**(MUŞ DEVLET HASTANESİNE )**

 **MUŞ**

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimizin, her serviste 5’er gün olmak üzere toplam 30 iş günü yaz stajı yapma zorunluluğu vardır. Yeter sayıda servisin olmaması durumunda staj, mevcut servislerde tamamlanacaktır. **Öğrencinin staj süresince sigorta giderleri üniversitemizce karşılanacaktır.** Öğrencimizin kurumunuza ait hastanede yapacağı 30 iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini arz/rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

 **Yüksekokul Müdürü**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Yüksekokul No.** |  | **Öğretim Yılı** |  |
| **Bölümü/Program** |  | **Telefon No.** |  |
| **e-posta Adresi** |  |
| **İkametgah Adresi** |  |
| **STAJ YAPILMASI UYGUN GÖRÜLEN HASTANENİN** |
| **Adı** |  |
| **Adresi** |  |
| **Hizmet Alanı** |  |
| **Telefon No** |  | **Faks No** |  |
| **Staja Başlama Tarihi** |  | **Bitiş Tarihi** |  | **Süresi (Gün)** |  |

**YETKİLİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı-Soyadı** |  |
| **Görev ve Unvanı** |  | **Hastanemizde staj yapması uygundur****İmza/Kaşe** |
| **e-posta Adresi** |  |
| **Tarih** |  |

**ÖĞRENCİNİN NUFÜS KAYIT BİLGİLERİ (Staj başvurusu kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Soyadı** |  |  |  |
| **Adı** |  |  |  |
| **Baba Adı** |  |  |  |
| **Ana Adı** |  |  |  |
| **Doğum Yeri** |  |  |  |
| **Doğum Tarihi** |  |  |  |
| **T. C. Kimlik No.** |  |  |  |
| **Nüf. Cüzdan Seri No.** |  |  |  |
| **SSK No.** |  |  |  |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **STAJ KOMİSYON ONAYI** | **YÜKSEKOKUL ONAYI** | **S.K.S.D. BŞK. ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, staj evrakının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.Tarih :  | Tarih : | Tarih : | Sosyal Güvenlik Kurumuna staja başlama giriş işlemi yapılmıştır.Tarih :  |

***MSU FORM 46***