STAJ II

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

**T.C.**

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**

**ECZACILIK FAKÜLTESİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ STAJI BAŞVURU FORMU**

**Tarih: .…./…../…….**

**Selçuk Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığına**

 Fakültenizin …………… numaralı öğrencisiyim. Staj için gerekli koşulları yerine getirmiş bulunuyorum. Nüfus bilgilerim ve staj yapacağım …………………………………………. İl Sağlık Müdürlüğüne ilişkin bilgiler aşağıda olup, istenilen belgeler ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

**Adı Soyadı:**

**İmza:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrenciye Ait Genel Bilgiler** | Öğrenci No |  |
| Adı ve Soyadı |  |
| TC Kimlik No |  |
| Yaban. Uyruk. Geçici TC No |  |
| Cep Telefonu |  |
| E-Posta |  |
| Adres |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Staj Bilgileri** | Eğitim-Öğretim Yılı |  |
| Staj Dönemi |  |
| Staj Başlama Tarihi |  |
| Staj Bitiş Tarihi |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kurum Bilgileri** | İl Sağlık Müdürlüğü Adı ve Adresi |  |
| Sorumlu Eczacı |  |
| İl Sağlık Müdürlüğünün Telefonu |  |
| İl Sağlık Müdürlüğü Faks |  |
| İl Sağlık Müdürlüğü Çalışan Sayısı |  |
| \*Fakülte Staj Koordinatörü tarafından doldurulacaktır. |
| Staj Koordinatörü Adı Soyadı |  | İMZA: |
| **EKLER:** 1) Staj Beyan ve Taahhütnamesi, Staj Kuralları 2) Öğrenci Kimlik Fotokopisi 3) Nüfus Cüzdanı Fotokopisi 4) Staj Başvuru ve Kabul Formu  |

**Not:** “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun 87. Maddesi (e) bendine göre staj süresince, İş kazası ve Meslek hastalığı sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.