



T.C.
MUGLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜM BAŞKANLIĞI

FTR2014 MESLEK STAJI I/ FTR3026 MESLEK STAJI II BAŞVURU FORMU

İLGİLİ MAKAMA

Bölümümüz öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, Staj Komisyon kararlarında belirtilen Kurum/Kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır.

Zorunlu olarak staja tabi tutulan öğrencimizin stajını Kurumunuzda/Kuruluşunuzda yapmasının tarafınızdan kabul edilmesi durumunda, 5510 Sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" gereği sigortalılığın başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü Kurumumuz tarafından yapılacaktır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını 20 iş günü süreyle Kurumunuzda/Kuruluşunuzda yapmasında ve öğrencimiz tarafından kurumunuza iletilecek staj defterinin doldurulmasında ve kurumumuza yollanmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Banu BAYAR
Bölüm Başkanı

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı:	E-Posta Adresi:
Öğrenci No:	Telefon No:
T.C No:	Eğitim Öğretim Yılı/Dönemi:
SGK (Kendisi/Ailesi)	

MESLEK STAJININ

Adı:	
Süresi (Gün):	
Başlama-Bitiş Tarihleri:	
Staj Yapılacak Alan	

STAJ YAPILACAK KURUMUN

Adı:	
İl/İlçe:	

STAJ YAPILACAK KURUM YETKİLİSİNİN ONAYI

Adı Soyadı:		İmza/ Kaşe	
Görev ve Unvanı:			
Tarih			

ÖĞRENCİNİN İMZASI

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, Staj Komisyon kararları doğrultusunda başvurumu gerçekleştirdiğimi ve adı geçen kurum/kuruluşta staj yapacağımı taahhüt ederim.

Tarih:

İmza:

NOT: BU FORMDAN 2 ADET DOLDURULACAKTIR. 1 TANESİ KURUM/ KURULUŞTA KALACAKTIR. 1 TANESİ İSE BÖLÜM SEKRETERLİĞİNE TESLİM EDİLECEKTİR.