# FORM NO: 1

**ÖĞRENCİ STAJ BAŞVURU FORMU**

**KKTC Sağlık Bakanlığı Öğrenci Koordinasyon Birimi’ne,**

Üniversitemiz Programı / Bölümü öğrencilerinin, Eğitim-

Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını……… iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

BÖLÜM BAŞKANI

# Öğrenci Bilgileri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | Soyadı |  |
| Uyruğu |  | Öğretim Yılı |  |
| Öğrenci No |  | Kimlik/Pasaport No |  |
| e-posta adresi |  | Telefon No. |  |

**Danışman Öğretim Üyesi/ Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | Soyadı |  |
| e-posta adresi |  | Telefon No. |  |

**Uygulama Yürütücüsü/ Rehber Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | Soyadı |  |
| e-posta adresi |  | Telefon No. |  |

**Üniversite Onayı Bakanlık Onayı**

*KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI,*

*BİLGİLENDİRME FORMU VE TAAHHÜTNAME*

*"Sağlık Bakanlığı’na bağlı Hastanelerde Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıklarla ilgili (HIV, HBS, HCV, SİFİLİS vb.) enfeksiyon kontrol (maske, eldiven vb. ) önlemlerine uyacağıma stajımı devam ettirirken herhangi bir bulaşıcı hastalığa yakalanmam durumunda tüm adli ve idari sorumluğun tek başıma bana ait olduğunu* beyan ve taahhüt ederim.

*TARİH …../…../20….*

TAAHHÜT EDEN ÖĞRENCİNİN OKUL YETKİLİSİ

(Danışman Öğr.Gör.)

Adı-Soyadı: Adı-Soyadı:

Okul Numarası: Görevi:

İmza: İmza: