# 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 negative testi ile staja başlayıp stajımı devam ettirirken bulaşla ilgili gerekli tüm tedbirleri aldığımı, bu durumdan kaynaklanan tüm adli ve idari sorumluğun tek başıma bana ait olduğunu* beyan ve taahhüt ederim.

*TARİH ../../20..*

*TAAHHÜT EDEN OKUL YETKİLİSİ*

*ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI: ADI-SOYADI:*

*İMZA: GÖREVİ:*

*İMZA:*