# T.C.

**ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

#  UYGULAMA/İŞLETMEDE MESLEKI EĞITIM/ STAJ

# BAŞVURU VE KABUL FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………………….. Müdürlüğüne/Başhekimliğine**ALKÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu …………….………………….. programı …... sınıf öğrencisiyim. Kurumunuzda Uygulama/İşletmede Mesleki Eğitim/ Staj yapmak istiyorum.Gereğini bilgilerinize arz ederim.(İmza)Öğrenci Adı – Soyadı | Fotoğraf |
| **ÖĞRENCİNİN** | Adı -Soyadı |  |
| TC Kimlik Numarası |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Telefon No |  E-posta: |
| İkametgah Adresi |  |
| **STAJIN** | Türü |  Uygulama/İşletmede Mesleki Eğitim/ Staj |
| Süresi (İş Günü) |   |
|  Uygulama/İşletmede Mesleki Eğitim/ Staj Başlama Tarihi |  |
|  Uygulama/İşletmede Mesleki Eğitim/ Staj Bitiş Tarihi |  |
| **SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI** | Adı -Soyadı |  |
| Ünvanı |  |
| Telefon Numarası |  E-posta: |
| İmza |  |
| **STAJ YAPILAN KURUM** | Adı |  |
| Adresi |  |
| Birimi |  |
| Telefon No |  |
| **Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin kurumumuzda Uygulama/İşletmede Mesleki Eğitim/ Staj yapması uygundur / uygun değildir**.Not: Öğrencinizin Uygulama/İşletmede Mesleki Eğitim/ Staj tarihlerinde değişiklik olması yada başlamaması/yarıda bırakması gibi durumlarda Yüksekokulunuza bilgi vereceğimi taahhüt ederim......./…../.……İmza (Kaşe) |

**Not:** Yüksek öğrenimleri sırasında İşletmede Mesleki Eğitim/ Staj’a tabi tutulan öğrencilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında, mesleki uygulama/stajları süresince ödenmesi gerekli iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Kestel mah. Konya Çimento cad. Alanya/ANTALYA

Tel: 0 242 518 60 60-7050 Fax:0242 518 11 99

E-Posta : saglikmyo@alanya.edu.tr İnternet Adresi: [http://www.alanya.edu.tr](http://www.alanya.edu.tr/)