# T.C.

**ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

#  MESLEKİ UYGULAMA/STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………………….. Müdürlüğüne/Başhekimliğine**ALKÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu …………….………………….. programı …... sınıf öğrencisiyim. Kurumunuzda Mesleki Uygulama/Zorunlu 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 |  Mesleki Uygulama / Zorunlu Staj |
| Süresi (İş Günü) |   |
| Mesleki Uygulama/ Zorunlu Staj Başlama Tarihi |  |
| Mesleki Uygulama/ Zorunlu 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 Meleki Uygulama / Zorunlu Staj yapması uygundur / uygun değildir**.Not: Öğrencinizin staj tarihlerinde değişiklik olması yada staja başlamaması/yarıda bırakması gibi durumlarda Yüksekokulunuza bilgi vereceğimi taahhüt ederim......./…../.……İmza (Kaşe) |

**Not:** Yüksek öğrenimleri sırasında mesleki uygulama/staja 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.

Bu formun ilan edilen mesleki uygulama/staj tarihlerinden en az 8 hafta önce kapalı ve mühürlü zarf içinde öğrenci/posta yoluyla Yüksekokulumuz Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.

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/)