

# BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

*“Bilimin Geleceđi”*

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK  
YÜKSEKOKULU**

**2017 / 2018 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI**

**STAJ DOSYASI**

**T.C.**  
**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**STAJYER ÖĞRENCİ YÖNLENDİRME KLAVUZU**

*Değerli öğrencimiz;*

Dönem içerisinde Staj I-II ve Klinik Uygulama / Uygulama I-II dersleri kapsamında gerçekleştirilecek uygulamanın sorunsuz yürütülebilmesi ve tamamlanabilmesi adına bu kılavuz hazırlanmıştır.

Okumakta olduğunuz programınız için belirlenen tarihlerde staj evrakınızı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sekreterliğine eksiksiz teslim etmeniz gerekmektedir.

Almış olduğunuz bu çıktı üzerindeki evrakı, eksiksiz, hatalı bilgi içermeksizin **mavi** tükenmez /dolma kalem ile doldurup gerekli tüm kısımlara kendi imzanızı attıktan sonra **sadece** program başkanınıza imzalatmalı ve sekreterliğe teslim etmelisiniz.

Bilgilerin eksik hatalı doldurulması durumunda, gerekli kısımlarda imza tarih vs. bilgileri yazılmadığı durumlarda sekreterya dosyayı kabul etmeme hakkına sahiptir.

Sekreterliğe dosyasını teslim etmeyen öğrencinin SGK girişleri yapılmayacaktır. Stajyer öğrenci sigorta girişlerinizin yapılmaması durumunda staja başlamanız mümkün olmayacak ve derslerden devamsızlık ile başarısız sayılacaksınız.

Sekreterliğe teslim öncesi son kontrol listesi tarafınızdan doldurulup imzalanıp dosyanın içerisinde teslim edilmelidir.

*Hepimize başarılı, sorunsuz bir eğitim yılı ve staj dönemi dilerim.*

Öğr. Gör. Sena ÖNER  
Biruni Üniversitesi  
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu  
Staj Koordinatörü

## SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

- STAJ
- KLİNİK UYGULAMA
- UYGULAMA

### BAŞVURU DİLEKÇESİ\*

...../.../201...

## BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

### SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunuzun .....  
Programı ..... numaralı öğrencisiyim. Zorunlu staj/klirik uygulama/uygulama yapmak  
istediğim işleme verilmek üzere gerekli evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.

İMZA

Adı Soyadı

#### Öğrencinin

Adı Soyadı : .....

İkametgah Adresi : .....

İlçe:..... İl:.....  
Telefonu : .....

Ulaşılamadığında Aranacak Kişi Adı ve Tel: .....

E-mail adresi : .....

#### Eki 2 adet

**Ek 1: Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Taahhütname.** 3 asil kopya hazırlanmalıdır.

**Ek 2: Başvuru Formu.** 3 asil kopya hazırlanmalıdır.

\* Dilekçe 1 adet doldurulacak.

# BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

## SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

..... / ... / 201...

### GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN TAAHHÜTNAME\*

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ..... Programı  
..... numaralı öğrencisiyim. ....  
biriminde / işyerinde Stajyer/Klinik Uygulama/Uygulama Öğrencisi olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışacağım. Genel Sağlık Sigorta bilgilerimi aşağıda işaretlemiş olduğum bölümde belirtmekteyim.

- Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- Eşim üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- Sosyal Sigortalar Kurumuna( 4-A) tabi olarak çalışıyorum
- BAĞ-KUR'a (4-B) tabi çalışıyorum.
- Emekli Sandığı'na (4-C) tabi olarak çalışıyorum.
- Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum.

Bu nedenle stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamı durumumda değişiklik olması halinde (evlilik, boşanma veya işe başlama vb.) **5 iş günü** içinde bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve diğer yasal yükümlülüklerin tarafıma ait olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

T.C. Kimlik No :

Öğrenci No :

Doğum Tarihi :

Medeni Durumu : Evli  Bekar

Cinsiyeti : Erkek  Kadın

İkametgah Adresi : .....

İlçe:..... İl:.....

Telefon No : .....

Ulaşılamadığında Aranacak Kişi Adı Soyadı ve Telefon No: .....

E-mail adresi : .....

**Öğrenci Adı-Soyadı/ İmza:**

# BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

## SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

..... / ... / 201...

### GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN TAAHHÜTNAME\*

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ..... Programı  
..... numaralı öğrencisiyim. ....  
biriminde / işyerinde Stajyer/Klinik Uygulama/Uygulama Öğrencisi olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışacağım. Genel Sağlık Sigorta bilgilerimi aşağıda işaretlemiş olduğum bölümde belirtmekteyim.

- Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- Eşim üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- Sosyal Sigortalar Kurumuna( 4-A) tabi olarak çalışıyorum
- BAĞ-KUR'a (4-B) tabi çalışıyorum.
- Emekli Sandığı'na (4-C) tabi olarak çalışıyorum.
- Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum.

Bu nedenle stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamı durumumda değişiklik olması halinde (evlilik, boşanma veya işe başlama vb.) **5 iş günü** içinde bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve diğer yasal yükümlülüklerin tarafıma ait olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

T.C. Kimlik No :

Öğrenci No :

Doğum Tarihi :

Medeni Durumu : Evli  Bekar

Cinsiyeti : Erkek  Kadın

İkametgah Adresi : .....

İlçe:..... İl:.....

Telefon No : .....

Ulaşılamadığında Aranacak Kişi Adı Soyadı ve Telefon No: .....

E-mail adresi : .....

**Öğrenci Adı-Soyadı/ İmza:**

# BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

## SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

...../.../201...

### GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN TAAHHÜTNAME\*

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ..... Programı  
..... numaralı öğrencisiyim. ....  
biriminde / işyerinde Stajyer/Klinik Uygulama/Uygulama Öğrencisi olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışacağım. Genel Sağlık Sigorta bilgilerimi aşağıda işaretlemiş olduğum bölümde belirtmekteyim.

- Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- Eşim üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- Sosyal Sigortalar Kurumuna( 4-A) tabi olarak çalışıyorum
- BAĞ-KUR'a (4-B) tabi çalışıyorum.
- Emekli Sandığı'na (4-C) tabi olarak çalışıyorum.
- Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum.

Bu nedenle stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamı durumumda değişiklik olması halinde (evlilik, boşanma veya işe başlama vb.) **5 iş günü** içinde bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve diğer yasal yükümlülüklerin tarafıma ait olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

T.C. Kimlik No :

Öğrenci No :

Doğum Tarihi :

Medeni Durumu : Evli  Bekar

Cinsiyeti : Erkek  Kadın

İkametgah Adresi : .....

İlçe:..... İl:.....

Telefon No : .....

Ulaşılamadığında Aranacak Kişi Adı Soyadı ve Telefon No: .....

E-mail adresi : .....

**Öğrenci Adı-Soyadı/ İmza:**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ / KLİNİK UYGULAMA / UYGULAMA FORMU\*****İLGİLİ MAKAMA,**

..... Programı öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan ve SGK işlemleri Üniversitemiz tarafından karşılanacak olan öğrencimizin stajını/ klinik uygulamasını/ uygulamasını ..... işgünü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**ÖĞRENCİNİN;**

Adı Soyadı		<input type="checkbox"/> Örgün Öğretim
		<input type="checkbox"/> İkinci Öğretim
Öğrenci Numarası	Öğretim Yılı / Dönemi	
E- Posta Adresi	Telefon Numarası	
İkametgah Adresi	İlçe: İl:	

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

(staj/klinik uygulama/uygulama) kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.

T.C. Kimlik Numarası	Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl
Ad Soyadı	İlçe
Baba Adı	Mahalle Köy
Ana Adı	Cilt No
Doğum Yeri	Aile Sıra No
Doğum Tarihi	Sıra No
N. Cüzdan Seri Numarası	Verildiği Nüfus Dairesi
S.S.K. Numarası (E-devlet sisteminden ya da 170'den öğrenilebilir.)	Veriliş Nedeni
	Veriliş Tarihi

**STAJ YAPILAN YERİN;**

Kurumun Adı	
Kurumun Adresi	
Hizmet Alanı / Birim	
Telefon Numarası	Faks Numarası
E- Posta Adresi	Web Adresi
Staj/Klinik Uygulama/ Uygulama başlangıç tarihi	Staj/Klinik Uygulama/ Uygulama bitiş tarihi

**BİRİM YETKİLİSİ/EĞİTİCİ PERSONEL;****İŞVEREN/İŞVEREN VEKİLİ;**

Adı Soyadı	İmza/Kaşe /Mühür	Adı Soyadı	İmza/Kaşe /Mühür
Görevi ve Ünvanı		Görevi ve Ünvanı	
E- Posta Adresi		E- Posta Adresi	
Onay Tarihi		Onay Tarihi	

<b>ÖĞRENCİ İMZASI</b>	<b>PROGRAM BAŞKANI/ ELEMANI ONAYI</b>	<b>STAJ KOORDİNATÖRÜ ONAYI</b>
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firmayla ilgili staj evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.		Öğr. Gör. Sena ÖNER Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Staj Koordinatörü
Tarih:	Tarih:	Tarih:

\*3 adet doldurulacak.

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ / KLİNİK UYGULAMA / UYGULAMA FORMU\*****İLGİLİ MAKAMA,**

..... Programı öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan ve SGK işlemleri Üniversitemiz tarafından karşılanacak olan öğrencimizin stajını/ klinik uygulamasını/ uygulamasını ..... işgünü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**ÖĞRENCİNİN;**

Adı Soyadı		<input type="checkbox"/> Örgün Öğretim
		<input type="checkbox"/> İkinci Öğretim
Öğrenci Numarası	Öğretim Yılı / Dönemi	
E- Posta Adresi	Telefon Numarası	
İkametgah Adresi	İlçe:	İl:

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

(staj/klinik uygulama/uygulama) kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.

T.C. Kimlik Numarası		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Ad Soyadı		İlçe	
Baba Adı		Mahalle Köy	
Ana Adı		Cilt No	
Doğum Yeri		Aile Sıra No	
Doğum Tarihi		Sıra No	
N. Cüzdan Seri Numarası		Verildiği Nüfus Dairesi	
S.S.K. Numarası (E-devlet sisteminden ya da 170'den öğrenilebilir.)		Veriliş Nedeni	
		Veriliş Tarihi	

**STAJ YAPILAN YERİN;**

Kurumun Adı			
Kurumun Adresi			
Hizmet Alanı / Birim			
Telefon Numarası		Faks Numarası	
E- Posta Adresi		Web Adresi	
Staj/Klinik Uygulama/ Uygulama başlangıç tarihi		Staj/Klinik Uygulama/ Uygulama bitiş tarihi	

**BİRİM YETKİLİSİ/EĞİTİCİ PERSONEL;****İŞVEREN/İŞVEREN VEKİLİ;**

Adı Soyadı		İmza/Kaşe	Adı Soyadı		İmza/Kaşe
Görevi ve Ünvanı		/Mühür	Görevi ve Ünvanı		/Mühür
E- Posta Adresi			E- Posta Adresi		
Onay Tarihi			Onay Tarihi		

<b>ÖĞRENCİ İMZASI</b>	<b>PROGRAM BAŞKANI/ ELEMANI ONAYI</b>	<b>STAJ KOORDİNATÖRÜ ONAYI</b>
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firmayla ilgili staj evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.		Öğr. Gör. Sena ÖNER Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Staj Koordinatörü
Tarih:	Tarih:	Tarih:

\*3 adet doldurulacak.



SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ / KLİNİK UYGULAMA / UYGULAMA FORMU\*

## İLGİLİ MAKAMA,

..... Programı öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan ve SGK işlemleri Üniversitemiz tarafından karşılanacak olan öğrencimizin stajını/ klinik uygulamasını/ uygulamasını ..... işgünü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

## ÖĞRENCİNİN;

Adı Soyadı		<input type="checkbox"/> Örgün Öğretim
		<input type="checkbox"/> İkinci Öğretim
Öğrenci Numarası	Öğretim Yılı / Dönemi	
E- Posta Adresi	Telefon Numarası	
İkametgah Adresi	İlçe:	İl:

## ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

(staj/klinik uygulama/uygulama) kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.

T.C. Kimlik Numarası		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Ad Soyadı		İlçe	
Baba Adı		Mahalle Köy	
Ana Adı		Cilt No	
Doğum Yeri		Aile Sıra No	
Doğum Tarihi		Sıra No	
N. Cüzdan Seri Numarası		Verildiği Nüfus Dairesi	
S.S.K. Numarası (E-devlet sisteminden ya da 170'den öğrenilebilir.)		Veriliş Nedeni	
		Veriliş Tarihi	

## STAJ YAPILAN YERİN;

Kurumun Adı			
Kurumun Adresi			
Hizmet Alanı / Birim			
Telefon Numarası		Faks Numarası	
E- Posta Adresi		Web Adresi	
Staj/Klinik Uygulama/ Uygulama başlangıç tarihi		Staj/Klinik Uygulama/ Uygulama bitiş tarihi	

## BİRİM YETKİLİSİ/EĞİTİCİ PERSONEL;

## İŞVEREN/İŞVEREN VEKİLİ;

Adı Soyadı		İmza/Kaşe	Adı Soyadı		İmza/Kaşe
Görevi ve Unvanı		/Mühür	Görevi ve Unvanı		/Mühür
E- Posta Adresi			E- Posta Adresi		
Onay Tarihi			Onay Tarihi		

ÖĞRENCİ İMZASI	PROGRAM BAŞKANI/ ELEMANI ONAYI	STAJ KOORDİNATÖRÜ ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firmayla ilgili staj evraklarımın hazırlanmasını saygularım ile arz ederim. Tarih:	Tarih:	Öğr. Gör. Sena ÖNER Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Staj Koordinatörü Tarih:

\*3 adet doldurulacak.

**T.C.**  
**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

Öğrenci Fotoğrafi

**STAJ / KLİNİK UYGULAMA / UYGULAMA DOSYASI**

**Öğrencinin;**

<b>Adı, Soyadı</b>			
<b>Programı</b>		<b>E-Mail Adresi</b>	
<b>Öğrenci Numarası</b>		<b>Telefon Numarası</b>	

**Staj/Klinik Uygulama/Uygulama Yapılan İşyerinin;**

<b>Adı</b>			
<b>Adresi</b>			
<b>Telefon Numarası</b>			

( ) Sayfa ve eklerden oluşan bu Staj Dosyası öğrenciniz tarafından Kurumumuzdaki ..... günlük çalışma süresi içinde hazırlanmıştır.

**BİRİM YETKİLİSİ/EĞİTİCİ PERSONELİN;**

**İŞVEREN/İŞVEREN VEKİLİNİN;**

**Adı Soyadı :**

**Adı Soyadı :**

**İmza/Kaşe :**

**İmza/Kaşe :**

## STAJ / KLİNİK UYGULAMA / UYGULAMA DEVAM DURUMUNU GÖSTERİR ÇİZELGE

ÖĞRENCİNİN  
ADI SOYADI :

NUMARASI :

PROGRAMI:

S.NO	TARİH	ÇALIŞTIĞI PROGRAM	YAPILAN İŞ	ÖĞRENCİNİN İMZASI	EĞİTİCİ PERSONEL İMZASI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

İşyeri Yetkilisinin Adı Soyadı :

İmza ve Mühür :

Ünvanı :

Tarih :

**İŞYERİ DEĞERLENDİRME FORMU****Öğrencinin**

Adı Soyadı :  
 Staj / Kln Uyg. / Uyg.  
 Dalı :  
 Staj Süresi :  
 Staj Başlama & Bitiş  
 Tarihi :  
 Bölüm/Prg. Başkanı  
 Adı Soyadı :

**İşyerinin**

Adı :  
 Adresi :  
 Telefon Numarası :  
 E-mail Adresi :  
 Faks Numarası :  
 Eğitici Personelin  
 Adı Soyadı :

Sayın İlgili Birim Yetkilisi / Eğitici Personel;

İşyerinizde staj/klinik uygulama/uygulama yapan öğrencimizin; bilgi, beceri, ikili ilişkiler ve stajdan yararlanma düzeylerini belirlemek için aşağıdaki tablonun özenle doldurulmasını arz / rica ederim.

ÖZELLİKLER	DEĞERLENDİRME					
	Mükemmel (AA) (100-90)	Çok İyi (BA) (89-85)	İyi (BB) (84-75)	Orta (CB) (74-70)	Geçer (CC) (69-60)	Olumsuz (FF) (59-0)
İşe İlgisi						
İşin Tanımlanması						
Alet Teçhizat Kullanma Yeteneği						
Algılama Gücü						
Sorumluluk Duygusu						
Çalışma Hızı						
Uygun ve Yeteri Kadar Malzeme Kullanma Becerisi						
Zamanını Verimli Kullanma						
Problem Çözebilme Yeteneği						
İletişim Kurma						
Kurallara Uyuma						
Grup Çalışmasına Yatkınlığı						
Kendisini Geliştirme İsteği						

**DEĞERLENDİRME TABLOSU**

Değerlendirme kısmında uygun görülen yerleri “X” işareti ile doldurunuz.

Kurumumuzda staj yapan ..... 'nın yukarıda bulunan değerlendirme tablosu sonucuna göre  YETERLİ /  YETERSİZ olduğu kanaatindeyim.

**BİRİM YETKİLİSİ/EĞİTİCİ PERSONELİN;**

Adı Soyadı :

İmza :

**İŞVEREN/İŞVEREN VEKİLİNİN;**

Adı Soyadı :

İmza :

**Not:** Bu formun, işyeri yetkilisi tarafından doldurulup onaylandıktan sonra öğrencinin devam çizelgesi ile birlikte **ağız mühürlü kapalı zarf içinde** öğrenciyle veya posta ile 10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No:4534010 Topkapı / İstanbul adresine gönderilmesi rica olunur.

**T.C.**  
**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**STAJ / KLİNİK UYGULAMA / UYGULAMA DOSYASI SEKRETERLİĞE TESLİM ÖNCESİ SON**  
**KONTROL LİSTESİ**

S. NO	DOSYADA BULUNMASI GEREKEN EVRAK	ÖĞRENCİ KONTROL
1	BAŞVURU DİLEKÇESİ	
2	FOTOĞRAFLI STAJ BAŞVURU FORMU (3 NÜSHA)	
3	TAAHHÜTNAME (3 NÜSHA)	
4	KİMLİK FOTOKOPİSİ (3 NÜSHA)	
5	ADLİ SİCİL KAYDI	
6	İSG BELGESİ	
7	HEPATİT MAKERLARI	
8	ORYANTASYON KATILIM BELGESİ	
9	STAJ DOSYASI KAPAĞI	
10	İŞ YERİ DEĞERLENDİRME FORMU	
11	DEVAM DURUMUNU GÖSTERİR ÇİZELGE	
12	SGK İŞE GİRİŞ EVRAKI (SGK GİRİŞLERİ TAMAMLANDIKTAN SONRA DOSYAYA EKLENECEKTİR)	

\*Listede yer alan evrakın eksik olması halinde öğrencinin dosyası sekreteryaya tarafından kabul edilmeyecektir.

\*Öğrenci listede yer alan evrakı eksiksiz bir şekilde sekreteryaya iletmeyi kabul eder.

\*Eksik/hatalı evrak olması durumunda SGK girişleri yapılmaz, öğrenci STAJ/UYGULAMA dersinden başarısız sayılır.

\*Fotoğraf yapıştırılması gereken evraklarda fotoğraf bulunmadığı takdirde, evrak kabul edilmeyecektir. Fotoğraflar *zımbalanmadan*, **yapıştırılarak** teslim edilmelidir.

\*Bürokrasinin düzgün işleyebilmesi adına, bütün dosyalar **mavi** tükenmez/dolma kalem ile doldurulmalıdır.

ÖĞRENCİNİN;

ADI-SOYADI:

İMZASI:

TARİH: