



YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ  
FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
KLİNİK  
UYGULAMA/STAJ  
BAŞVURU FORMU

B  
Ö  
İ  
Ü  
M  
S  
T  
A  
J  
K  
O  
R  
D  
İ  
N  
A  
T  
Ö  
R  
L  
Ü  
Ğ  
Ü  
B  
Ö  
İ  
Ü  
M  
B  
A  
Ş  
K  
A  
N  
I  
İ  
Ş  
V  
E  
R  
E  
N  
V  
E

Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'na,

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimiz kurumunuzda-işletmenizde staj/klinik uygulama yapmak istemektedir.  
Öğrencimizin kurumunuz/işletmeniz ..... yapacağı zorunlu .....  
iş günü staj/klinik uygulama talebi komisyon tarafından uygun bulunmuştur.

Bölüm Staj Komisyonu Yetkilisi

ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No	:	Öğrenci No	:
Adı Soyadı	:	Bölümü ve sınıfı	:
Doğum Yeri-Tarihi	:	Telefon No	:
Adres	:	E-posta	:

STAJIN/KLİNİK  
UYGULAMANIN

Başlangıç Tarihi

Bitiş Tarihi

Süresi

İlgili Makama

Yukarıda kimlik bilgileri yazılı olan öğrencimiz kurumunuzda/işletmenizde ..... iş günü klinik uygulama/staj yapmayı talep etmektedir. Kurumunuz/işletmeniz tarafından değerlendirilerek uygun bulunması halinde ekte yer alan bölümün imzalanmasını rica ederim.

Hemşirelik Bölüm Başkanı

STAJ/KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK YERİN BİLGİLERİ

İŞVERENİN/YETKİLİNİN

y Adı-Soyadı :

a Pozisyonu :

n Telefon No :

s E-posta :

a

n

K

a

y

n

a

k

l

a

r

i

Y

e

t

k

il

i

s

i

Ö

ğ

r

e

n

c

i

..... adlı

öğrencinizin kurumumuzda/ işletmemizde staj yapması

uygundur.

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan ya da staj yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi taahüt ediyorum. Staj evrakının hazırlanmasını arz ederim.

**Tarih/Öğrencinin İmzası**

*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği öğrencinin İş Kazası ve Meslek Hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.*