|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ** **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI****BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ** **ZORUNLU BES 401 DIŞ HASTANE VE KURUM STAJ EĞİTİMİ BAŞVURU VE KABUL FORMU** | Resim Yapıştırarak / Bölüm Staj Komisyonuna Onaylatılacaktır. Fotokopi resim kullanmayınız. |

İLGİLİ MAKAMA,

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin Akdeniz Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği gereği zorunlu stajını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

 Mustafa KIRAÇ

 **Fakülte Sekreteri**

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **T.C. Kimlik No** |  | **Öğrenci No** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Sağlık Güvencesi Türü** | [ ]  **4/A (SGK İşçi)** [ ]  **Emekli Sandığı** [ ]  **Bağ-Kur**[ ]  **Yeşil Kart** [ ]  **Genel Sağlık Sigortası** |
| **Telefon No (GSM)** |  | **E-posta Adresi** |  |
| **Öğretim Yılı** | **2024-2025 Eğitim Yılı Yaz Dönemi** |

**STAJ EĞİTİMİ YAPILAN YER İLE İLGİLİ BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı/Ünvanı** |  |
| **Faaliyet/Hizmet Alanı (Sektör)** |  |
| **Staj Başlangıç Tarihi** |  | **Staj Bitiş Tarihi** |  | **Süresi** **(İş Günü/Saati)** | …… İş Günü |
| **Adresi** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **KURUM ONAYI** |
| Öğrencinin kurumumuzda uygulama/staj/işyeri eğitimi yapması uygundur. | Yetkilinin Adı Soyadı:Unvan: | Mühür ve İmza:Tarih: |

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| T.C. Kimlik No. |  | *Bu bölümü Eski Nüfus Cüzdanına sahip olanlar dolduracaktır.* |
| Soyadı |  | Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl |  |
| Adı |  | İlçe |  |
| Baba Adı |  | Mahalle-Köy |  |
| Ana Adı |  | Cilt No |  |
| Doğum Yeri |  | Aile Sıra No |  |
| Doğum Tarihi |  | Sıra No |  |
| N. Cüzdan Seri No |  | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| Son Geçerlilik Tarihi: |  | Veriliş Nedeni |  |
| (Varsa) S.G.K. No. |  | Veriliş Tarihi |  |
| Öğrencinin Adres Bilgisi: (mahalle, sokak, kapı numaralarının açık olarak yazılması zorunludur.) |
| **NOTLAR:** * Teslim edilecek form 3 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır. Staj eğitimine başlama tarihinden **20 gün öncesine kadar**, 1 nüshası **kimlik fotokopisi ile Fakültenin Mali İşler birimine**, 1 nüshasının program staj eğitimi komisyonuna ve 1 nüshasının staj eğitimi yapılacak kurum/kuruluşa teslim edilmesi zorunludur.
* Zorunlu uygulama çizelgesi doldurulurken **Sağlık Güvencesi Türü** bilgisi **kesinlikle** doldurulacaktır.
* 5510 sayılı yasa gereğince uygulama başvurusunda bulunan öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerini ödeme yükümlüsü Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığıdır.
* Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, bilgilerin yanlış olması halinde her türlü maddi zararı yasal gecikme faizi ile ödemeyi kabul ve taahhüt ederim.
* Staj eğitimi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, staj eğitimimin başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya staj eğitimimden vazgeçme niyetim halinde en az 3 iş günü önceden ilgili Program Başkanlığı veya Fakülteye bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul edeceğimi taahhüt ederim.
 |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **BÖLÜM BAŞKANI ONAYI** | **ONAY** |
| Tarih: | Prof. Dr. Ahmet Yılmaz ÇOBANTarih: | Sosyal Güvenlik Kurumuna uygulama başlama giriş işlemi yapılmıştır.Tarih: |



**T.C**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Beslenme ve Diyetetik Bölümü**

 …../…../2025

**……………………………………………….**

2024-2025 Eğitim–Öğretim Yılı yaz döneminde bölümümüz 3. sınıf öğrencilerinin edindikleri teorik bilgileri pratik uygulama ortamlarında geliştirmeleri hedeflenmektedir. Yaz döneminde zorunlu yapılması gereken bu uygulama için öğrencilerimizin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesi gereğince iş kazası ve meslek primleri Fakültemiz tarafımızdan ödenecek, İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda da uygulamaya çıkmadan önce eğitim verilecek ve bu eğitim sonucunda sınava tabi tutulacaklardır. Öğrencilerin aldıkları puanlar eğitim sonunda öğrenciye ibraz edilecektir. Bu uygulamanın ……………………….. tarihleri arasında toplamda 28 iş günü olarak gerçekleştirilmesi planlanmıştır. ………………numaralı ……………………………………………. isimli öğrencimizin, kurumunuzdaki diyetisyen denetiminde belirlenen tarihlerde ve mesai saatlerinde uygulama yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda;

Bilgilerinize arz ederim.

 Prof. Dr. Ahmet Yılmaz ÇOBAN

 Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı