



GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

EK-1 FORM

Resim yapıştırarak
bölüm staj/ işyeri eğitimi
komisyonuna
onaylatılacaktır.
Fotokopi resim
kullanmayınız

Resim buraya
sığacak şekile
ayarlayın,
taşırmanın.
Düşmeyecek
şekilde yapıştırın.

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin Gazi Üniversitesi Eğitim Öğretim ve Sınav Yönergesi gereği zorunlu stajını/işyeri eğitimini/mesleki uygulamasını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Adı Soyadı		TC Kimlik No	
Öğrenci No		Öğretim Yılı	
E-posta Adresi		Telefon No (GSM)	
Akademik Birim	Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu		
Önlisans/Lisans Programı			
İkametgah Adresi			

Adınızı normal soyadınızı büyük harfler ile yazın. Ortaya hizalı olacak.
Öğrenci numaranızı eksiksiz yazın. Ortaya hizalı olacak.
E-postanın ciddi, eksiksiz ve küçük harfler ile yazın. Ortaya hizalı olacak.
TC numaranız ortaya hizalı olacak.
Eğitim öğretim yılı 2025-2026 olacak.
Telefon numaranız 0(535) 123 45 67 biçiminde ve ortaya hizalı olacak.
İkametgah adresini eksiksiz ilçe il dahil yazılacak. Sola hizalı olacak.

Sağa, sola ve ortaya hizala işi word programında yapılacak. Boşluk basarak hizalama işlemi yapmayın.

Ön lisans programı aşağıda görüldüğü gibi yazılacak sola hizalı

- Ağız ve Diş Sağlığı Programı
- İlk ve Acil Yardım Programı
- Patoloji Laboratuvar Teknikleri Programı
- Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı
- Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı
- Tıbbi Laboratuvar Teknikleri Programı
- Yaşlı Bakımı Programı

STAJ/İŞYERİ EĞİTİMİ/MESLEKİ UYGULAMA YAPILAN YER İLE İLGİLİ BİLGİLER

Staj/İşyeri Eğitimi/Mesleki Uygulama Başlangıç ve Bitiş Tarihi	28.06.2026 - 30.07.2026	Süresi(İş Günü/Saati)	30 (OTUZ) İŞ GÜNÜ
Staj/İşyeri Eğitimi/Mesleki Uygulama Yapılan Yerin Adı	Hastane web sayfasındaki tam resmi adı sola hizalı yazılacak.		
Staj/İşyeri Eğitimi/Mesleki Uygulama Yapılan Yerin Adresi	Hastane web sayfasındaki yazılan adresi sola hizalı yazılacak		
Faaliyet Alanı (Sektör)	Sağlık	Çalışan Personel Sayısı	Boş bırakılabilir
Telefon Numarası	0(312) 123 45 67	Faks Numarası	
E-Posta Adresi	iletişim sayfasındaki eposta	Web Adresi	

Staja başlama ve bitiş tarihi, resmi tatiller hariç toplam 30 iş günü olacak şekilde ortaya hizalı yazılacak

Web adresi www veya https gibi ön ekler olmadan yazılacak.

Bu kısmı hastanedeki onaylattığınız kişi dolduracak ya da kaşe, ve sonrasında imza işlemi yapacak.

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN			
Adı Soyadı			
Görevi			Unvan Mühür ve İmza
E-posta Adresi	Öğrencinin staj/işyeri eğitimi/mesleki uygulama yapması uygundur.		
Tarih			
İşveren S.G.K. Tescil No.			
		Tarih:	

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ (Staj/İşyeri eğitim/mesleki uygulama başvurusu kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.)

Soyadı		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Adı		İlçe	
Baba Adı		Mahalle-Köy	
Ana Adı		Cilt No	
Doğum Yeri		Aile Sıra No	
Doğum Tarihi		Sıra No	
TC Kimlik No		Verildiği Nüfus Dairesi	
N. Cüzdan Seri No		Veriliş Nedeni	
S.G.K. No.		Veriliş Tarihi	

Staj/İşyeri Eğitimi/mesleki uygulama süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, stajımın/işyeri eğitimimin/mesleki uygulamamın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan/işyeri eğitiminden/mesleki uygulamamdan vazgeçme niyetim haline en az 3 iş günü önceden Program Başkanlığı ve Fakülteye bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 Sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

ÖĞRENCİNİN İMZASI	STAJ/İŞYERİ EĞİTİMİ/MESLEKİ UYGULAMA KOMİSYONU ONAYI	AKADEMİK BİRİM ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.		
Tarih:	Tarih:	Tarih:

Buradaki tüm bilgiler sola hizalı yazılacak. Cilt no aile sıra no gibi bilgiler edevlette nüfus kayıt hizmetinde mevcut, oradan bulup yazın. Veriliş tarihi kimliğinizin geçerlilik tarihinden 10 yıl önceki tarihtir. Tarihsel bilgileri 21.2.2000 gibi nokta ayrıçlı yazın.

Size ait S.G.K no var ise yazın, yok ise boş bırakın.

Belgenin en altındaki imza yerleri size, staj sorunlusu hocanıza ve okula ait. Buraya hastane imza atmayacak. Bunu belgeyi verdiğiniz kişiye hatırlatın.

En alttaki tarih alanlarının hepsine belgeyi doldurduğunuz tarihi yazın ve kendiniz imzalayın.



GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

EK-2 FORM

Yükseköğretim Kurumlarının Lisans Düzeyinde Fen ve Mühendislik Bilimlerinde Zorunlu Uygulamalı Eğitim Gören Öğrencilere Ödenecek Ücretlerin İşsizlik Sigortası Fonundan Karşılanmasına İlişkin Usul ve Esaslarının 4 üncü maddesinde belirtildiği üzere devlet yükseköğretim kurumlarının fen ve mühendislik bilimlerinde lisans düzeyinde eğitim gören öğrencilerin öğrenimlerinin son yılında bir yarıyılı özel sektör işletmelerinde, teknoparklarda, araştırma altyapılarında, Ar-Ge merkezlerinde ya da sanayi kuruluşlarında yapacakları zorunlu uygulamalı eğitimleri süresince öğrencilere 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanununun Geçici 74 üncü maddesi gereğince 1/1/2023 tarihine kadar asgari ücretin net tutarının %35'i; bu kapsam dışında olan ve 3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanununun 18 inci maddesi gereğince mesleki eğitim gören ve staj hükümleri uyarınca işletmelerde veya tamamlayıcı eğitime devam eden öğrencilere 25 inci maddenin birinci fıkrası kapsamında yapılacak ödemeler asgari ücretin net tutarının %30'undan az olmamak üzere 4447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun 53 üncü maddesinin üçüncü fıkrasının (B) bendinin (h) alt bendi için ayrılan tutardan öğrencilere ödenir.

Bu amaçla kamu kurum ve kuruluşları gerekli tedbirleri alır. Staj yapacak işletme bulunamaması nedeniyle stajını okulda yapan ortaöğretim öğrencileri ile yükseköğretim öğrencilerinin yaptıkları stajlar bu fıkra hükmü kapsamı dışındadır.

Öğrenciye Ait Bilgiler

Adı Soyadı	
TC Kimlik No	
Doğum Tarihi	
Öğrenci No	
Telefon	
Akademik Birim	Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Önlisans/Lisans Programı	
Türü	<input checked="" type="checkbox"/> Staj <input type="checkbox"/> İşyeri Eğitimi <input type="checkbox"/> Öğretmenlik Uygulamaları <input type="checkbox"/> Klinik Uygulama <input type="checkbox"/> Mesleki Uygulama

Tüm bilgiler sola hizalı ve ilk sayfadaki gibi olacak.

İşletme ve Staj/İşyeri Eğitimine Ait Bilgiler

İşletme/Firma Vergi No	Boş kalabilir
İşletme/Firma Adı	Hastane adı ilk sayfadaki gibi. Sola hizalı
Firmada Çalışan Personel Kişi Sayısı	Boş kalabilir
Firma Telefon / Faks	0(312) 123 45 67 biçiminde sola hizalı
Firma Adres	Hastane adresi sola hizalı
Firma Bankası / Şubesi Adı	Boş kalacak
Firma Banka IBAN No	TR boş kalacak
Ödenecek Ücret (Ücret ödemesi Yoksa Ödenmeyecek Yazılacak)	Boş kalacak
Staj/İşyeri Eğitimi/Mesleki Uygulama Başlama ve Bitiş Tarihi	İlk sayfadaki tarhin aynısı ve sola hizalı
Toplam Staj/İşyeri Eğitimi/Mesleki Uygulama Gün Sayısı	30 Gün

Öğrencinin İmzası

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm

Burada tarihi yazın ve imzalayın.
ilk sayfadaki tarih ile aynı olsun.

Tarih:

İşletme/Firma Onayı

Burayı hastane onaylayacak ve imzalayacak.
Buradaki tarihi boş bırakın!

Tarih:

Bu form öğrenci ve firma tarafından karşılıklı imzalanarak, öğrenci tarafından kendi fakültesinin/yüksekokulunun S.G.K. prim girişi yapılan birimine gerekli evraklarla birlikte teslim edilecektir.

DANIŐMAN

EK-1

EK-2

Müstehaklık Belgesi

Kimlik Fotokopisi

Aőılar

İSG Belgesi/Transkript

İŐ YERİ STAJ SÖZLEŐMESİ

MUHASEBE

EK-1

EK-2

Müstehaklık Belgesi

Kimlik Fotokopisi

Aőılar

İSG Belgesi/Transkript

İŐ YERİ STAJ SÖZLEŐMESİ

HASTANE

EK-1

EK-2

Müstehaklık Belgesi

Kimlik Fotokopisi

Aőılar

İSG Belgesi/Transkript

İŐ YERİ STAJ SÖZLEŐMESİ