



ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ
HASTANE STAJ FORMU
ECZF F 20.1

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği, zorunlu olarak staja tabi tutulan öğrencilerin prim giderleri üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Sosyal güvenlik işlemlerinin yürütülebilmesi için zorunlu staj formunun öğrenci tarafından doldurulup staj yapılacak kurum ya da kuruluş tarafından onaylanması gerekmektedir.

Stajlar, Fakülte Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve formda belirtilen tarihte mesai günlerinde ve günde 8 saat olarak yapılmak zorundadır.

AU ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

| | |
|---------------|-------------|
| Adı Soyadı | |
| Öğrenci No | |
| İkamet Adresi | Telefon No: |

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

| | |
|-----------------------------|--|
| Soyadı | |
| Adı | |
| Baba adı | |
| Ana adı | |
| Doğum Yeri | |
| Doğum Tarihi | |
| T.C. Kimlik No | |
| Kimlik Seri No | |
| SGK Güvencesi Olup Olmadığı | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |

STAJ YAPILAN KURULUŞUN

| | |
|--|-----------------------|
| Adı | |
| Adresi | |
| Hizmet Alanı | |
| Telefon No. | Faks No. |
| e-posta adresi | Web Adresi |
| Staj Dönemi (Seçiniz) | |
| <input type="checkbox"/> PHAR 390 Staj II | 160 Saat (20 İş Günü) |
| <input type="checkbox"/> PHAR 588 Hastane Eczanesi Uygulamaları I | 280 Saat (35 İş Günü) |
| <input type="checkbox"/> PHAR 598 Hastane Eczanesi Uygulamaları II | 200 Saat (25 İş Günü) |
| Staj Başlangıç Tarihi: | Staj Bitiş Tarihi: |

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

| | | |
|-----------------|--|-----------------------|
| Adı Soyadı | | STAJ YAPMASI UYGUNDUR |
| Görev ve Unvanı | | |
| e-posta adresi | | |
| | | İmza / Kaşe / Tarih |

ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------|
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir. Belirtilen tarihlerde staj yapacağımı her ne sebeple olursa olsun, stajımı yapmadığım takdirde, doğacak bütün sorumlulukları kabul, beyan ve taahhüt ederim. Adı geçen kuruluş ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. Adı Soyadı : Öğrenci No : Tarih : İmza : | HASTANE STAJ KOMİSYON ONAYI TARİH | DEKANLIK ONAYI TARİH |
|--|--------------------------------------|-------------------------|

ÖNEMLİ NOT: Bu belgenin **2 asıl nüsha olarak (fotokopi değil)** düzenlenip, ilan edilen tarihe kadar 2 adet nüfus cüzdanı fotokopisi ve 2 adet vesikalık fotoğraf ile **Fakülte Sekreterliği**'ne teslim edilmesi zorunludur.

Rev.01 / Yayın Tarihi 01.11.2022 / Revizyon Tarihi : 14.02.2023