

Tarih: ____/____/____

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ

İlgili Makama

“Üniversitemizde öğrenim görmekte olan ve kimlik bilgileri aşağıda belirtilen öğrencimizin, .../.../.... - .../.../.... tarihleri arasında (20) iş günü zorunlu yaz stajını (Uygulamalı ders değildir.) kurumunuzda/kuruluşunuzda yapmak üzere başvurusu tarafımızca onaylanmış olup, 5510 sayılı Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun gereğince staj süresince İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.”

Öğrenci Bilgileri	
T.C. Kimlik Numarası	
Ad-Soyadı	
Okul Numarası	
Bölümü	
Cep No	
E- posta adresi	
İkametgâh adresi	

Öğrencinin Bilgileri:

Kurum Yetkilisinin:

Adı Soyadı:

İmza/Kaşe:

İmza:

Staj Yerini Onaylayan Öğretim Elemanı:

Adı Soyadı:

İmza: