



T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ



5510 SAYILI SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU  
KAPSAMINDA STAJ YAPAN ÖĞRENCİYE AİT BİLGİ FORMU

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

T.C. Kimlik No		Öğrenci No	
Adı Soyadı		Sınıfı	
Baba Adı		Anne Adı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
E-posta adresi		Cep Telefon No	
Adresi			

**STAJ YERİ BİLGİLERİ**

Ünvanı			
Adresi			
Telefon No		Fax No	
Staj Başlama Tarihi		Staj Bitiş Tarihi	
Haftalık Çalışılacak Gün		Toplam Çalışılacak Gün	
Staj Süresince Aylara Göre Ödenecek Prim Günü			

**ÖĞRENCİ ONAYI**

Stajer öğrenci olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışmak istiyorum.  
Kendimden, ailemden, annem/babam üzerinden GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA SAĞLIK HİZMETİ

( ) Alıyorum.

( ) Almıyorum.

Beyanımın doğruluğunu kabul ediyorum. Durumumda değişiklik olması veya işyerinde kaza geçirmem halinde durumu 1(bir) işgünü içinde Fakülteye bildireceğimi, hatalı, eksik ve/veya bilgileri zamanında bildirmemden kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini kabul ve taahhüt ederim.

Öğrencinin adı soyadı ve imzası

**STAJ KOMİSYONU ONAYI**

Staj Komisyonu Başkanı
------------------------