**STAJ EK DİLEKÇE - 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin Adı ve Soyadı | :  |
| Öğrenci No | :  |
| Bölümü  | :  |
| Sınıfı | :  |
| Telefon  | :  |
| E-Posta | :  |
| Adres | :  |

**……………………….. Bölümü Başkanlığına**

…………………………………………………….isimli kurumda /iş yerinde …/…/20…-…/…/20… tarihleri arasında yapacağım ….. iş günü …………... stajımda Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı tarafından yaptırılacak olan İş Kazası ve Meslek Hastalığı sigortalarının stajımı yapmamam veya eksik yapmam durumunda kendim tarafından ödeneceğini kabul ediyorum.

Bilgilerinize arz ederim. …/…/20…

Öğrenci

Adı SOYADI

İmzası