

****

**ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ**

**ECZANE ECZACILIĞI STAJ FORMU**

**ECZF F 19.1**

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 |  | Nüfusa Kayıtlı olduğu İl |  |
| Adı |  | İlçe |  |
| Baba adı |  | Mahalle – Köy |  |
| Ana adı |  | Cilt No |  |
| Doğum Yeri |  | Aile Sıra No |  |
| Doğum Tarihi |  | Sıra No |  |
| T.C. Kimlik No. |  | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| N.Cüzdanı Seri No |  | Veriliş Nedeni |  |
| SGK Güvencesi Olup Olmadığı □ Evet □ Hayır | | Veriliş Tarihi |  |

**STAJ YAPILAN KURULUŞUN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | |
| Adresi |  | | |
| Hizmet Alanı |  | | |
| Telefon No. |  | Faks No. |  |
| e-posta adresi |  | Web Adresi |  |
| **Staj Dönemi (**Seçiniz**)** | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | * PHAR 290 | Staj-I | 160 Saat (20 İş Günü) | | * PHAR 490 | Staj-III | 160 Saat (20 İş Günü) | | * PHAR 581 | İleri Eczane Eczacılığı Uygulamaları | 160 Saat (20 İş Günü) | | * PHAR 584 | Serbest Eczane Uygulamaları I | 280 Saat (35 İş Günü) | | * PHAR 574 | Serbest Eczane Uygulamaları II | 200 Saat (25 İş Günü) | | Staj Başlangış Tarihi:  Staj yapılan eczane cumartesi günü çalışıyor mu? | | Staj Bitiş Tarihi:  □ Evet □ Hayır | | | | |

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

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

**ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belge Üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir. Belirtilen tarihlerde staj yapacağımı her ne sebeple 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 : | **STAJ KOMİSYONU 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 birlikte **Fakülte Sekreterliği**’ne teslim edilmesi zorunludur.