

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KURUM DIŞI/YURT DIŞI STAJ BİLDİRİM VE ONAY FORMU**

**ÖĞRENCİNİN**

T.C. Kimlik No :  
Ad-Soyadı:  
Öğrenci No:  
Dönem/Bulunduğu Staj:  
E- posta adresi:  
Cep Tel No:  
İkametgâh adresi:

**STAJ YAPILAN SAĞLIK  
KURULUŞU**

Adı:  
Adresi :  
E- posta adresi:  
Kurum/Kurum Yetkilisi (Adı-Soyadı, Görevi ve İmza-Kaşe)

**STAJIN**

Alacağı Staj Türü:  
Başlangıç ve Bitiş Tarihleri :  
Staj gün sayısı:

..... zorunlu stajımı tüm sorumluluk (sigorta işlemleri, sözleşme v.b.) şahsıma ait olmak üzere kurum dışı/yurt dışında yapmak istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Tarih

İmza

**ONAYLAYAN**

Staj Yapılacak Sağlık Kuruluşu Sorumlusu	Öğrencinin Fakülte İlgili Staj Sorumlusu/ABD Başkanı	Tıp Fakültesi Dekanlık Onayı
Tarih	Tarih	Tarih
(imza)KAŞE	(imza)KAŞE	(imza)KAŞE