T A A H H Ü T N A M E

….… / …./ 20.…

**TOROS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**…………………………………… Bölüm Başkanlığına**

 20….... – 20…… Eğitim-öğretim yılı yaz döneminde zorunlu/isteğe bağlı stajımı ….…./…./20.…–…./…/20..… tarihleri arasında, …………………………………..…… …………….................................................................................................................. adresinde bulunan ................................................................................................adlı kurumda yapacağım.

Staj süresince staj yerinden ayrılmayacağımı, zorunlu nedenlerle (hastalık vs.) ayrılmam durumunda ise aynı gün bölüme bildireceğimi, staja başladığımda ve stajım herhangi bir nedenle yarım kaldığında staj dönemi değişiklik talebimi 2 gün içerisinde Bölüm Başkanlığına bilgilendirmediğim ve/veya staja başladıktan sonra Üniversite’nin bilgisi olmaksızın staj yerinden ayrıldığım takdirde stajla ilgili tüm işlemlerin iptal edileceğini, Üniversite tarafından yaptırılan öğrenci stajı sigorta bedelini geri ödeyeceğimi ve doğabilecek diğer yükümlülüklerin sorumluluğunu kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Öğrencinin

Adı-Soyadı :……………………….

İmza :

Adres :

Sabit Telefon :

Cep Telefonu :