

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
bulunanadlı 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 :