|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |
| *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  | **Eğitim Yılı** | 20…/20… |
| **T.C Kimlik No** |  | **Fakülte/YO/MYO** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  | **Bölümü/Programı** |  |
| **E posta** |  |  |

|  |
| --- |
|  **STAJ BİLGİLERİ** |
| **Ders Kodu** |  | **Ders Adı** |  |
| **Türü** |  STAJ |
| **Süresi (İş Günü)** | **:** |  |
| **Staja Başlama ve Bitiş Tarihi** | **:**  |  … / … /20 - … / … /20  |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü*** Ailemden Annem/ Babam/Şahsım üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.
* Ailemden Annem/ Babam/Şahsım üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.
 |
| * *Yukarıda belirtilen tarihler arasında ……. iş günü staj yapacağım.*
* *Staj başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya vazgeçmem halinde en az 1 hafta önceden ilgili eğitim birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.*

….. / …… / 20….Öğrencinin İmzası |
| *\*Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj eğitim süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.* Adı geçen öğrencimizin kuruluşunuzda staj yapması için gösterdiğiniz ilgiye teşekkür eder tüm evraklarını eğitim süresinin bitimini takip eden 3 (üç) iş günü içerisinde kapalı zarf içinde öğrenciye elden vermenizi rica eder çalışmalarınızda başarılar dileriz. |

|  |
| --- |
|  **İŞYERİNİN** |
| **Unvanı** | **:** |  |
| **Adresi** | **:** |  |
| **Tel Numarası** | **:** |  | **Firma İşyeri Sicil Numarası** | **:** |  |
| **Fax Numarası** | **:** |  | **Firmanın Vergi Numarası** | **:** |  |
| **E-Posta Adresi** | **:** |  **@** | **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | **:** |  |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |  |
| Yukarıda adı soyadı ve bilgileri yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj eğitim yapması uygun görülmüştür. |
|  | **İŞYERİ SORUMLUSU** **Adı Soyadı****Unvanı****İmza/Kaşe** |

|  |
| --- |
| **UYGUNDUR.** |
|  **.. ../ …. /20** |
| **Eğitim Öğretim Birimi** **Uygulamalı Eğitimler ve Staj Komisyonu Adına Sorumlu Öğretim Elemanı****(Adı Soyadı-Unvan – İmza)** |
| **HATIRLATMA:** Öğrencinin Staj Formunu, eğitime başlama tarihinden en az 30 gün önce kimlik fotokopisi ile birlikte bağlı bulunduğu ilgili Akademik birimin bölüm sekreterliğine teslim etmesi zorunludur. Teslim edilecek form 2 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır.Öğrenci adına Sosyal Güvenlik Kurumuna para yatırma işlemleri için stajını bitiren öğrenci 3 gün içerisinde staj defterini ve ilgili işyeri evraklarını elden getirerek program Uygulamalı Eğitim/ Staj yetkilisine teslim etmek zorundadır.*.* |