|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | |
| *(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.  *.* |