|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı |  | **T.C.Kimlik No.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uyruğu |  | Öğrenci No/Sınıf |  | | | | | | | | | | |
| Adres | | | | | | | | | | | | | |
| İlçe |  | İl |  | | | | | | | | | | |
| Cep Telefonu |  | e-posta |  | | | | | | | | | | |

**STAJ YAPILAN YERİN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | | | | |
| Adresi |  | | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | | |
| Telefon No |  | | | Faks No. |  | |
| e-posta : |  | | | Web Adresi |  | |
| Staja Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi | |  | Süresi (İşgünü) |  |
| **DİKKAT: STAJ BAŞLAMA VE BİTİŞ TARİHLERİNDE DİNİ VE MİLLİ BAYRAMLARIN DİKKATE ALINMASI GEREKMEKTEDİR.**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **İŞYERİ ÇALIŞMA GÜNLERİ:** | **Pzrts.** |  | **Salı** |  | **Çarş.** |  | **Perş.** |  | **Cuma** |  | **Cmrt.** |  | **Pazar** |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **STAJ KOMİSYONU ONAYI** | | | **BÖLÜM ONAYI** | | | |
| Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin belirtilen tarihlerde ve sürede işyerinizde zorunlu stajının bir kısmını yapması uygun görülmüştür.  Tarih:  Kaşe ve İmza: | | | Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin, belirtilen tarihlerde ve işyerinde zorunlu stajının bir kısmını yapması uygun görülmüştür. Öğrenciye ilişkin sigorta işlemleri, 5510 sayılı yasaya göre, Üniversitemiz tarafından yapılmak üzere sıraya alınmıştır.  Tarih: | | | |
| ÖĞRENCİ ONAYI ve TAAHHÜTNAME  5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesi 5/b bendi gereğince zorunlu stajını yaparken sigortalı sayılmamdan dolayı **İş kazası-meslek hastalığının meydana gelmesi halinde veya Günlük Rapor aldığımda Sosyal Güvenlik Kurumu’na 3 günlük yasal süresi içinde bildirim yapılabilmesi için iş kazası-meslek hastalığına ve Günlük rapora ait tüm resmi belge ve tutanaklar ile varsa hastaneden alınan işgörmezlik raporunu 1 iş günü içinde Bölüm Başkanlığına ve staj komisyonuna bildireceğimi ve** durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde e-Devlet üzerinden alınan müstehaklık belgesi ile değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, bildirmediğim ya da beyanımın hatalı ve eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve oluşabilecek gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini beyan, kabul ve taahhüt ederim.   |  |  | | --- | --- | |  | Öğrencinin Adı Soyadı: ……………………………….........  İmza:……………………………………  Tarih:…………………………………… | | | | | | | |