|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORM 10****(Staj Yeri Kabul Formu)****ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ****GELİBOLU PİRİ REİS MESLEK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ’NE**Aşağıda bilgileri yazılı okulunuz öğrencisi ………………………………..’ın 30 iş günü stajını kurumumuzda/işyerimizde yapması uygun görülmüştür.İlgili öğrencinin stajı ile ilgili olarak: 1- İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihler dışında stajer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını, 2- İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihte stajına başlamadığı takdirde FORM 11’i düzenleyerek 5 gün içinde form üzerinde bulunan numaraya fax çekeceğimi,3- Staj yapılan ayı takip eden ayın en geç onuncu gününe kadar FORM 12’yi hazırlayarak göndereceğimizi, 4- Staj yapan Öğrenci iş kazası yaptığında, öğrenildiğinden itibaren 1 gün içinde 5510 sayılı kanunun 13. maddesi gereği FORM 13’ü düzenlenerek form üzerinde bulunan numaraya fax çekeceğimi,Taahhüt eder, bu tarihler arasındaki “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta” priminin okulunuz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.  **Tarih****Kurum/İşyeri Yetkilisinin****Ünvanı, Adı Soyadı ve İmzası****Kurum/İşyeri Kaşesi veya Mührü/İmza****(Aşağıda bulunan tablonun eksiksiz ve doğru olarak doldurulması staj yerinin okulumuzca kabul edilebilmesi açısından önemlidir.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin | Açıklama |
| Adı Soyadı |  | Öğrenciye ait kişisel bilgiler tam ve doğru olarak doldurulmalıdır |
| Okul Numarası |  |
| Öğrenim Gördüğü Program |  |
| Staja Başlama Tarihi |  | Haftalık Çalışma Gün Sayısı: | İki tarih arası:Haftalık çalışma gün sayısına göre toplam 30 işgünü olacak şekilde belirlenmelidir |
| Staj Bitiş Tarihi |  | Haftalık Çalışma Saati: |
| İkamet Adresi |  | Öğrencinin ev adresi yazılmalıdır |
| Cep Telefonu Numarası |  |  |
| Sosyal Güvenceniz Var mı?(Bakmakla Yükümlü Olunup olunmadığı Anne babasından dolayı sağlık sigortası olup olmadığı) | EVET | HAYIR |  | Kendinizin veya anne- babanızdan dolayı sosyal güvenceniz varsa EVET işaretleyiniz (x) |

 |

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| T.C.Kimlik No |  | **Nüfusa Kayıtlı Olduğu**  |  |
| Soyadı |  | İl |  |
| Adı |  | İlçe |  |
| Baba Adı |  | Mahalle- Köy |  |
| Ana Adı |  | Cilt No |  |
| Doğum Yeri |  | Aile Sıra No |  |
| Doğum Tarihi |  | Sıra No |  |
| N.Cüzdan Seri |  | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| N.Cüzdan No |  | Veriliş Nedeni |  |
| S.S.K. No.**(Var ise)** |  | Veriliş Tarihi |  |

**STAJ YAPILAN YERİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | Risk Aralığı |  |
| Telefon No |  | Faks No. |  |
| e-posta adresi |  | Web Adresi |  |

**İŞVEREN VEYA VEKİLİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Görev ve Ünvanı |  | İmza / Kaşe |  |
| e-posta adresi |  |
| Tarih |  |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **PROGRAM KOORDİNATÖR ONAYI** | **STAJ KOMİSYONU ONAYI** | **MESLEK YÜKSEKOKULU ONAYI** |
| Yukarıda adı geçen kurum/iş yerinde, belirtilen tarihler arasında 30 işgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı, taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini ve SGK’dan doğan zararı karşılayacağımı kabul ederim.Tarih: | PROGRAM KOORDİNATÖRÜADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE İMZASI Tarih: | STAJ KOMİSYON BAŞKANIADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE İMZASITarih: | YÜKSEKOKUL SEKRETERLİĞİSosyal Güvenlik Kurumuna staja başlama giriş işlemi yapılmıştırTarih: |