

(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 stajyer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağı,
- 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 kanununun 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		İki tarih arası: Haftalık çalışma gün sayısına göre toplam 30 işgünü olacak şekilde belirlenmelidir
Staj Bitiş Tarihi		
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			
e-posta adresi	İmza / Kaşe		
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 KOORDİNATÖRÜ ADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE İMZASI Tarih:	STAJ KOMİSYON BAŞKANI ADI SOYADI/ÜNVANI/KAŞE İMZASI Tarih:	YÜKSEKOKUL SEKRETERLİĞİ Sosyal Güvenlik Kurumuna staja başlama giriş işlemi yapılmıştır Tarih:
---	--	---	--