



STAJ YERİ KABUL FORMU
T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
BİGA UYGULAMALI BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

FRM-1

Aşağıda bilgileri yazılı Fakülteniz öğrencisinin iş günü süreyle Zorunlu Staj'ını kurumumuzda/işletmemizde yapması uygun görülmüştür.

İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihler dışında stajyer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını taahhüt eder, bu tarihler arasındaki **İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi'nin** Fakülteniz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

Kurum/işletme Kaşesi/Mühürü

Tarih:/...../.....

Yetkili İmzası

Yetkili Adı Soyadı

Stajyer Öğrenciye İşletmenizde/Kurumunuzda Staj Süresince Ücret Ödenecek mi? Evet [] Hayır []

İşletme/Kurum Yurt Dışında mı Faaliyet Gösteriyor? Evet [] Hayır []

STAJYER ÖĞRENCİNİN

TC Kimlik No		Baba Adı	
Adı Soyadı		Doğum Yeri/Tarihi/...../.....
Öğrenci No		Bölümü	
İkamet Adresi			
Cep Telefonu		Staj Dersine Kayıt Oldum.	Evet [] Hayır []
E-posta Adresi	Sigortalı İşe Giriş Bildirgesinin öğrenciye iletilmesi için zorunludur.		
Staj Başlama Tarihi/...../.....	Haftalık Çalışma Gün Sayısı	Haftalık çalışma gün sayısı dikkate alınarak; Staj başlama ile bitiş tarihleri arası toplam 45 iş günü olacaktır.
Staj Bitiş Tarihi/...../.....		

STAJ YAPILACAK KURUM / İŞLETME

Adı (Unvanı)	
Faaliyet Alanı (Kısaca)	
Staj Yapılacak Birim	
Telefon	+90
E-posta Adresi	
Web Adresi	http://

ÖĞRENCİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Yukarıda adı geçen kurumda/işletimde, belirtilen tarihler arasında işgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı ayrıca izinsiz, mazeretsiz devamsızlık yapmayacağımı, herhangi bir sebeple stajımı bıraktığımda yada ayrılmak zorunda kaldığımda; staj dosyasındaki ayrılış formu ile Biga Uygulamalı Bilimler Fakültesi'ne anında bilgi vereceğimi taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini ve diğer tüm yasal yükümlülükleri kabul ederim.

Ek: (Bu forma öğrenci tarafından eklenecektir)

ÖĞRENCİNİN

1-) Kimlik Fotokopisi 2-) SGK Provizyon Sorgulama Belgesi (Genel Sağlık Sigortası Durumu Belgesi) 3-) İSG Eğitimi Sertifikası Fotokopisi 4-) Zorunlu Staj Yazısı ve Ekleri	Adı Soyadı	
	Tarih	
	İmza/...../.....

FAKÜLTEMİZ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Sorumlu Öğretim Elemanı	Bölüm Uygulamalı Eğitimler Komisyonu Başkanı	SGK SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ (MUHASEBE BİRİMİ)	SGK SİGORTALI İŞTEN AYRILIŞ BİLDİRGESİ (MUHASEBE BİRİMİ)
Adı Soyadı - İmza	Adı Soyadı - İmza	Adı Soyadı - İmza	Adı Soyadı - İmza
...../...../...../...../...../...../...../...../.....