



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 İsteğe Bağlı 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		Zorunlu Stajımı Tamamladım. Evet []	Hayır []
E-posta Adresi	Genel Not Ortalamam :		
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 isteğe bağlı 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-) ISG Eğitimi Sertifika Fotokopisi 4-) İsteğe Bağlı 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
...../...../...../...../...../...../...../...../.....