



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığına



İSTEĞE BAĞLI STAJ YERİ KABUL FORMU (1/3)

Formun Güncellenme Tarihi: 27.04.2026

Aşağıda bilgileri yazılı Fakülteniz öğrencisinin isteğe bağlı stajını kurumumuzda / işletmemizde yapması uygun görülmüştür. Öğrencinin aşağıda belirtilen tarihler dışında stajyer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını, tarafınızca onaylı “Staj Devam Çizelgesi” ve “İş Yeri Değerlendirme Formu” nu hazırlayarak staj bitim tarihini takip eden en geç onuncu güne kadar göndereceğimizi taahhüt eder, adı geçen öğrencinin staj tarihleri arasındaki “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta” priminin Fakülteniz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

Tarih : / /

Kurum/İşyeri Yetkilisinin Ünvanı, Adı Soyadı, İmzası :

Kurum/İşyeri Kaşesi veya Mührü :

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No :	Adı Soyadı :
Bölüm :	Öğrenci No :
Başlama Tarihi : / / Bitiş Tarihi : / / Haftalık Çalışma Gün Sayısı : 5 Gün <input type="checkbox"/> 6 Gün <input type="checkbox"/> (Staj tarihleri 01 Temmuz-31 Ağustos aralığında olmalıdır.)	
İkamet Adresi :	
Cep Telefonu :	E-Posta :
Aşağıda adı geçen kurum/işyerinde, belirtilen tarihler arasında iş günü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı, ilgili mevzuat kapsamında yükümlülüklerimi kabul ettiğimi taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini ve 5510 sayılı Kanun kapsamında doğan zararı karşılayacağımı kabul ederim.	Tarih : / / Adı Soyadı : İmzası :

KURUM / İŞLETME BİLGİLERİ

Adı (Ünvanı) :	
Stajyeri Kabul Eden Birimin Adı :	
Telefon :	E-Posta Adresi :
Adres :	

ONAY İŞLEMLERİ

Bölüm Komisyon Başkanı	Üye	Üye
..... / / / / / /
Fakülte Staj Koordinatörü	Sigorta Girişi : / / Sigorta Çıkışı : / / Prim Gün Girişi : / /	Fakülte Mali İşler Birimi
..... / / / /

EKLER

- 1-) Kimlik Fotokopisi
2-) SGK Provizyon Sorgulama Belgesi (E-Devletten alınan Genel Sağlık Sigortası Durumu Belgesi)
3-) İSG Eğitimi Sertifikası Fotokopisi.