



EK 1/1



**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**ÇANAKKALE TEKNİK BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**BEYAN FORMU**

Çanakkale Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin, Eğitim-Öğretim programları gereği öğrenim süresi sonuna kadar zorunlu olarak yapmaları gereken staj ile ilgili olarak;

- Öğrencinin bilgilerini ve imzasını,
- Staj yapılan iş yerinin bilgilerini, kaşe ve yetkili kişinin imzasını,
- Bölüm uygulamalı eğitim komisyonu imzasını,
- Sigorta girişinin yapıldığına dair imza,
- Birim uygulamalı eğitim komisyonu imzasını içeren tablo ekte bulunmaktadır.

Zorunlu olarak staja tâbi tutulan öğrencinin stajını bilgileri yazılı olan iş yerinde yapmasının kabul edilmesi durumunda, 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği sigortalılığın başlangıcı, sona ermesi ve bildirim yükümlülüğü öğrencinin okuduğu kurum tarafından yapılacaktır.

*Bu bilgiler çerçevesinde;*

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi “**Çanakkale Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu Staj Uygulama İlke ve Esasları**” doğrultusunda stajın yürütüleceğini kabul ederim.

İşletme/Kurum Yetkilisi

İşyeri Staj Sorumlusu

Sorumlu Öğretim Elemanı

Belirtilen tarihler arasında 30 işgünü stajımı Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi “**Çanakkale Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu Staj Uygulama İlke ve Esasları**” doğrultusunda stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini kabulederim.

Öğrenci

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**ÇANAKKALE TEKNİK BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU**



<b>ÖĞRENCİNİN</b>			
Adı Soyadı			
Okul Numarası		Öğretim Yılı	
T.C. Numarası		Telefon Numarası	
Bölümü			
e-posta Adresi			
İkametgâh Adresi			
Sosyal Güvencesi var mı? Evet ( ) Hayır ( )	BAĞKUR'dan sağlık hizmeti alıyor ( )		
	SGK'dan sağlık hizmeti alıyor ( )		
	EMEKLİ SANDIĞI'ndan sağlık hizmeti alıyor ( )		
Staja Başlama Tarihi		Haftalık Çalışma Gün Sayısı	
Staj Bitiş Tarihi		5 Gün ( )	6 Gün ( )

**STAJ YAPILAN İŞ YERİNİN (İŞ YERİ TARAFINDAN DOLDURULUCAK)**

<b>KURUMUN</b>			
Adı			
Adresi			
Hizmet Alanı			
Telefon No		Faks No.	
e-posta adresi		Web Adresi	
<b>KURUM YETKİLİSİNİN</b>			İmza / Kaşe
Adı Soyadı			
Görevi/ Unvanı			
Tarih			

Öğrenci Adı Soyadı  
Tarih/İmza:

**SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI**  
(BÖLÜM UYGULAMALI EĞİTİM  
KOMİSYONU ADINA)

**SİGORTA GİRİŞİ YAPAN  
İDARİ PERSONEL**

**BİRİM UYGULAMALI EĞİTİM  
KOMİSYONU (ADINA)**

<u>Onay</u>	<u>Onay</u>	<u>Onay</u>
<u>Tarih</u>	<u>Tarih</u>	<u>Tarih</u>

Bu belge arkalı önlü olarak 3 (üç) nüsha halinde düzenlenecektir.