



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.

İşyeri Yetkilisi  
(Ad-Soyad/İmza ve Kaşe)

İşyeri Staj Sorumlusu  
(Ad-Soyad/İmza/Varsa Kaşe)

Sorumlu Öğretim Elemanı  
(Ad-Soyad/İmza)

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 kabul ederim.

Öğrenci

(Ad-Soyad/İmza)



**EK 1/2**  
**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**ÇANAKKALE TEKNİK BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU**



ÖĞRENCİNİN			
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)**

KURUMUN			
Adı			
Adresi			
Hizmet Alanı			
Telefon No		Faks No.	
e-posta adresi		Web Adresi	
KURUM YETKİLİSİNİN			İşyeri Kaşesi/ Mühür / İmza
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)**

Onay	Onay	Onay
Tarih	Tarih	Tarih

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