|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Dell\Desktop\logo.png | **T.C.****ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ ÇANAKKALE UYGULAMALI BİLİMLER FAKÜLTESİ****İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMASI** **(KARİYER STAJI) BAŞVURU FORMU** | C:\Users\Dell\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\comu_logo_3.png |

# İLGİLİ MAKAMA

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Çanakkale Uygulamalı Bilimler Fakültesi ………….…………………………. Bölümü öğrencisiyim. Bölümümüm öngördüğü ................................ iş günü sürecek olan İşletmede Mesleki Eğitim Uygulamamı (Kariyer Stajımı) işyerinizde yapmak istiyorum. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca zorunlu olarak staj yapacağım döneme ilişkin “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigortası primi Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir. Kimlik bilgilerim aşağıdadır.

Kurumunuzda zorunlu stajı yapmam hususunda gereğini arz ederim.

# ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | T.C. Kimlik No. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı | 202.. - 202.. |
| E-posta Adresi |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi | İl: İlçe: |
| **Sosyal Güvencesi var mı?**Evet ( ) Hayır ( ) | Sağlık Hizmeti Aldığı Kurum (Lütfen Kurum adını işaretleyiniz.)BAĞKUR ( ) SGK ( ) EMEKLİ SANDIĞI ( ) |

**STAJ YAPILAN YERİN BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Web Adresi |  |
| **Staja Başlama Tarihi: ...... / / 202…** | **Haftalık Çalışma Gün Sayısı** |
| **Bitiş Tarihi: ...... / / 202….** | **3 gün ( )** |  |
| **İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN ONAYI** Firmamızda / İşyerimizde staj yapması uygundur. |
| Adı Soyadı |  | İmza Kaşe |  |
| Görev ve Unvanı |  |
| E-posta adresi |  |
| Tarih |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI ONAYI** | **BÖLÜM BAŞKANLIĞI ONAYI** | **FAKÜLTE ONAYI** |
| Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması durumunda değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim....... / ...... / 202.. | ...... / ...... / 202.. | ...... / ...... / 202.. | ...... / ...... / 202.. |