**EK 1**

**FEN FAKÜLTESİ STAJ BAŞVURU FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ** | | | | | | | | |
| **FEN FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aşağıda bilgileri yazılı Fakülteniz öğrencisi .............................................' ın ...... İşgünü | | | | | | | | |
| stajını kurumumuzda / işyerimizde 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 / İşyeri Yetkilisinin | | |
|  |  |  |  |  |  | Adı Soyadı | | |
|  |  |  |  |  |  | Kaşe - İmza - Mühür | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(Aşağıda bulunan her iki tablonun eksiksiz ve doğru olarak doldurulması staj yerinin Fakültemizce** | | | | | | | | |
| **kabül edilebilmesi açısından önemlidir.)** | | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** | |  | | | | | | |
| **T.C. Kimlik No:** | |  | | | | | | |
| **Bölümü / Öğrenci No** | |  | | | | | | |
| **Staj Başlama Tarihi** | |  | | | | | | |
| **Staj Bitiş Tarihi** | |  | | | | | | |
| **Haftalık Çalışma Gün Sayısı (Haftalık/Toplam)** | |  | | | | | | |
| **Çalışılmayacak Resmi Günler** | |  | | | | | | |
| **İkamet Adresi** | |  | | | | | | |
| **Telefon No (Cep Ev)** | |  | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KURUMUN / İŞYERİNİN** | | | | | | | | |
| **Adı (Ünvanı)** | | |  | | | | | |
| **Faaliyet Alanı** | | |  | | | | | |
| **Stajyeri Kabül Eden Birimin Adı** | | |  | | | | | |
| **Telefon / Fax / e mail** | | |  | |  | |  | |
| **Açık Adresi** | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(Bu Bölüm Öğrenci Tarafından Doldurulacaktır.)** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yukarıda adı geçen kurum / işyerinde, belirtilen tarihler arasında ............. İşgünü stajımı | | | | | | | | |
| yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi taktirde stajımın iptaledileceğini kabül ederim. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | .........../........../201... | | |
|  |  |  |  |  |  | Öğrencinin Adı Soyadı | | |
|  |  |  |  |  |  | İmzası | |  |

**EK 1**

İLGİLİ MAKAMA

…………….. isimli öğrencimizin zorunlu stajı süresince "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi Fakültemiz muhasebe birimi tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na yatırılacaktır. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

……………………….

Fakülte Sekreteri