**(Staj Yeri Kabul Formu) FORM 10**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**LAPSEKİ MESLEK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

Aşağıda bilgileri yazılı okulunuz öğrencisi …………………………………’ın 30 iş günü zorunlu stajını kurumumuzda/işyerimizde yapması uygun görülmüştür.

Öğrencinin stajı ile ilgili olarak:

1- İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihler dışında stajer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını,

2- İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihte stajına başlamadığı takdirde tutanak düzenleyerek Yüksekokulunuza faks çekeceğimi,

3-Staj yapan Öğrenci iş kazası yaptığında, öğrenildiğinden itibaren 1 gün içinde 5510 sayılı kanunun 13. maddesi gereği tutanak düzenleyerek Yüksekokulunuza faks çekeceğimi, taahhüt eder, bu tarihler arasındaki “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta” priminin okulunuz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

Tarih…./…../20…

Kurum/İşyeri Yetkilisinin

Ünvanı, Adı Soyadı ve İmzası

Kurum/İşyeri Kaşesi veya Mührü

**(Aşağıda bulunan her iki tablonun eksiksiz ve doğru olarak doldurulması staj yerinin okulumuzca kabul edilebilmesi açısından önemlidir.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Öğrencinin | | Açıklama |
| Adı Soyadı |  | Öğrenciye ait kişisel bilgiler tam ve doğru olarak doldurulmalıdır |
| Okul Numarası |  |
| Öğrenim Gördüğü Program |  |
| TC Kimlik No |  |
| Staja Başlama Tarihi | ......./….…/20.. | İki tarih arası: Haftalık çalışma gün sayısına göre toplam 30 işgünü olacak şekilde belirlenmelidir |
| Staj Bitiş Tarihi | ……/……/20.. |
| Bir Hafta İçinde staj yapılan Gün Sayısı toplamı |  | 5 işgünü veya 6 işgünü |
| Bir Hafta İçinde Toplam Haftalık Çalışma Saati |  | 40 saat veya 48 saat |
| İkamet Adresi |  | Öğrencinin ev adresi yazılmalıdır. |
| Cep Telefonu Numarası |  | Öğrencinin cep telefonu veya ulaşılabilir telefonu yazılmalıdır. |

Yukarıda açık kimliği yazılı olan Yüksekokulumuz kayıtlı öğrencisidir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanununda ifade edildiği gibi, Staj süresince öğrencinin sigorta giderleri Yüksekokulumuz tarafından ödenecektir.

Öğr. Gör. Başak ÖZSANCAK

Müdür Yardımcısı

(Staj Koordinatörü)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kurum/İşyerinin | | Açıklama |
| Adı (Ünvanı) |  | İş yerinin tam adı yazılacak |
| Faaliyet Alanı |  | Kısaca faaliyet alanı ile ilgili bilgi verilecek |
| Stajyeri kabul eden birimin adı |  | Öğrencinin staj yapacağı birimin adı yazılacak |
| Telefon ve Faks numarası  İleti adresi (e-posta) |  | İş yerine ait telefonlar ve varsa diğer iletişim bilgileri yazılacak |
| Açık Adresi |  | İşyerinin tam adresi yazılacak (Denetçi öğretim elemanının iş yeri ziyareti için gerekli) |
| **(Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır)**  Yukarıda adı geçen kurum/işyerinde, belirtilen tarihler arasında 30 işgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı, taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini ve SGK’ dan doğan zararı karşılayacağımı kabul ederim. …../…../20..  Öğrencinin Adı Soyadı:  İmzası: | | |
| **Onay Onay Onay Onay Onay**  **(Okul Staj Kom. Bşk.) (Danışman) (Sigorta Girişi) (Prim Gün Girişi) (Prim Gün Girişi)**  **……/……/20.. ……/……/20.. ……/……/20.. ……/……/20.. ……/……/20..**  **Gün: Gün:** | | |

Adres: Gazi Süleyman Paşa Mah. Üniversite Cad. N.1 **Lapseki/Çanakkale Tel: 0 286 522 61 04 Faks: 0 286 522 61 01**