



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
Mühendislik Fakültesi Dekanlığı'na



Tarih

Yukarıda adı geçen kurum / kuruluş, belirtilen tarihler arasında 20 iş günü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı, staj başlama ve bitiş tarihlerimin değişmesi durumunda en az 5 (beş) gün önceden Fakültenize bilgi vereceğimi, sosyal güvence durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen bildireceğimi taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini ve yasal zorunlulukları kabul ettiğimi beyan ederim.

Öğrencinin İmzası

ÖĞRENCİ'NİN			
Adı Soyadı:			
Okul Numarası:			
Bölümü:	Bilgisayar Mühendisliği		
T.C. Kimlik Numarası:			
Staj Başlama Tarihi:		Haftalık Çalışma Gün Sayısı	Toplam Staj Gün Sayısı
Staj Bitiş Tarihi:			
Telefon Numarası:			

KURUM / KURULUŞ'UN	
Adı (Unvanı):	
İletişim Yöntemleri:	Telefon:
	Fax (varsa):
	E-posta:
Açık Adresi:	

Sosyal Güvence Beyanı: (uygun olanı seçiniz)

- Genel Sağlık Sigortası kapsamındayım.
- Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım.
- Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var.
- Bağ-Kur'a tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var.,
- Emekli Sandığı'na tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var.
- Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum.

Öğrenci Staj Başvurusu
EK-4: Sigorta Ödeme Formu
Son Düzenleme Tarihi: 1 Mayıs 2026