**FORM 1**

|  |
| --- |
| **İsteğe Bağlı Staj Yeri Kabul Formu** |

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**SİYASAL BİLGİLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

 Aşağıda bilgileri yazılı Fakülteniz öğrencisi ………………………………..’ın …….**iş günü** isteğe bağlı stajını kurumumuzda/işyerimizde yapması uygun görülmüştür. İlgili öğrencinin aşağıda belirtilen tarihler dışında stajer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını, tarafınızca onaylı “Staj Devam Çizelgesi” ve “İş Yeri Değerlendirme Formu” nu hazırlayarak ***staj bitim tarihini takip eden en geç 1 hafta içerisinde göndereceğimizi taahhüt eder***, adı geçen öğrencinin staj tarihleri arasındaki “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Pirimi” nin Fakülteniz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

 …./…./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 Bölüm |  |
| TC Kimlik No |  |
| Staja Başlama Tarihi |  | Haftalık Çalışma Gün Sayısı: |  |
| Staj Bitiş Tarihi |  | Haftalık Çalışma Saati: |
| İkamet Adresi |  | Öğrencinin ev adresi yazılmalıdır |
| Cep Telefonu Numarası |  |  |
| **Kurum/İşyerinin** |
| Adı (Ünvanı) |  |
| Faaliyet Alanı |  |
| Stajyeri kabul eden birimin adı |  |
| Telefon ve Fax numarasıİleti adresi (e-mail) |  |
| Açık Adresi |  |
| **(Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır)**Sosyal Güvence Beyanı* Genel Sağlık Sigortası Kapsamındayım
* Annem ve Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım
* Sosyal Sigortalar Kurumu’ba tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var
* Bağ-Kur’a tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var
* Emekli Sandığı’na tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var
* Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum

Yukarıda adı geçen kurum/işyerinde, belirtilen tarihler arasında **…..işgünü** stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı, ilgili mevzuat kapsamında yükümlülüklerimi kabul ettiğimi taahhüt eder, aksi surumda stajımın iptal edileceğini ve 5510 sayılı Kanun kapsamında doğan zararları karşılayacağımı kabul ederim. **…./……./.........** **Öğrencinin Adı Soyadı-İmzası** |
| **(Bu Kısım Bölüm Staj Komisyonu Tarafından Onaylanacaktır)**Onay Onay Onay  Bölüm Staj Kom.Bşk. (Üye) (Üye) …/…/20.. …/…/20.. …/…/20..  |
| **(Bu Kısım Fakültemiz Tarafından Onaylanacaktır)**Onay Onay Onay Onay Fakülte Staj Kom.Bşk. Sigorta Girişi Sigorta Çıkışı Prim Gün Girişi …/…/20.. …/…/20.. …/…/20.. …/…/20..  |