**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 numarası  İleti 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.. | | | | |