**(STAJ YERİ KABUL FORMU)**

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi**

**Spor Bilimleri Fakültesi**

****

Aşağıda Bilgileri yazılı okulunuz öğrencisi ………………………………………………..’ın 20 işgünü 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” primini okulunuz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na yatırılması hususunda bilgilerinize arz ederim. …/…/…

 Kurum/İşyeri Yetkilisinin

 Unvanı Adı Soyadı ve İmzası

 Kurum /işyeri Kaşesi ya da Mührü

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin** | **Açıklamalar** |
| **Adı Soyası**  |  | **Öğrenciye ait kişisel bilgiler tam ve doğru olarak doldurulmalıdır.** |
| **Okul Numarası** |  |
| **Öğrenim Gördüğü Program** |  |
| **TC Kimlik No** |  |
| **Öğrenim Durumu** |  |
| **Mezuniyet Yılı (Lise)** |  |
| **Mezuniyet Bölümü (Lise)** |  |
| **Staj Başlama Tarihi** |  | **Staja Başladığı Gün Yazılacak** | **Haftalık Çalışma Gün Sayısı** | **İki Tarih arası; haftalık çalışma gün sayısına göre Pazartesiden başlamak üzere toplam 20 işgünü olacak şekilde belirlenmelidir.** |
| **Staj Bitiş Tarihi** |  | **Stajın Bittiği Gün Yazılacak** | **5 Gün****( )** | **6 Gün****( )**  |
| **İkamet Adresi** **(Ev Adresi)** |  |  |
| **Telefon No Cep/Ev** |  |  |
| **Sosyal Güvenceniz Var mı?****Evet ( ) Hayır ( )** | **\*BAĞKUR’ dan sağlık hizmeti alıyorum.**  |  **( )** |
| **\*SGK’ dan sağlık hizmeti alıyorum.**  |  **( )** |
| **\*Emekli sandığından sağlık hizmeti alıyorum**  |  **( )** |
| **İşyerinden Ücret Alıyor Mu?** | **Evet** | **Hayır** |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurum/İşyerinin (Bu Kısım İşyeri Tarafından Doldurulacaktır)** | **Açıklamalar** |
| **Adı (Unvanı)** |  | **İşyerinin tam adı yazılacaktır.** |
| **Faaliyet Alanı** |  | **Kısaca faaliyet alanı hakkında bilgi verilecektir.** |
| **Stajyeri kabul eden birimin adı**  |  | **Öğrencinin staj yapacağı birimin adı yazılacaktır.** |
| **Telefon ve faks numarası** |  | **İşyerine ait telefon ve faks numarası yazılacaktır.** |
| **E-mail** |  | **İşyerine ait e-mail adresi yazılacaktır.** |
| **Açık Adresi** |  | **İşyerinin tam adresi yazılacaktır.(Denetçi öğretim elemanının ziyareti için gereklidir.)** |

|  |
| --- |
| (**Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır.)**\*Yukarıda adı geçen kurum/işyerinde, belirtilen tarihler arasında 20 iş günü stajımı yapacağımı bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini kabul ederim. …/…/…  (Öğrencinin adı Soyadı-İmzası)  |

……/…../…… ……/…../…… …./…./….

 Onay Onay Onay

(Okul Staj Komisyon Bşk (Danışman) (Sigorta Girişi)