Resim Yapıştırarak İlgili Birimde Onaylatınız

Sayın Firma Yetkilisi,

……………………………………..Fakülte/Yüksekokul/Meslek Yüksekokulu ………………….. Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin (Genel/Mesleki/…………….) stajını …….. gün süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

**Staj Komisyonu Başkanı**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı |  |
| Sınıfı |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi | İl: İlçe: | | |

**STAJ YAPILAN YERİN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı |  | | | | |
| Adresi |  | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | |
| Staj Yapılan Alandaki Uzman Personel Sayısı (\*) |  | | | | |
| Telefon No |  | | Fax No |  | |
| E-posta adresi |  | | Web Adresi |  | |
| Staja Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi(gün) |  |

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | |
| Görev ve Unvanı |  | İmza / Kaşe |  |
| E-posta adresi |  |
| Tarih |  |
| **ÖNCEKİ STAJ BİLGİLERİ (Varsa)** | **TARİHİ** | **GÜN SAYISI** | **STAJ YERİ** |
|  |  |  |  |

**SAĞLIK GÜVENCESİ ÖĞRENCİ İMZASI STAJ KOMİSYONU ONAYI SGK İŞE GİRİŞ ONAYI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sağlık güvenceniz ile ilgili kutucuğu işaretleyiniz.  Var  Yok | Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.  Tarih:  İmza: | Tarih:  İmza: | Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja Başlama giriş İşlemi Yapılmıştır.  Tarih:  İmza: |

**ÖNEMLİ NOT**:

-Staja başlama tarihinden **en az 10 gün önce** kimlik fotokopisi ile birlikte öğrencinin bağlı bulunduğu ilgili Bölüm Sekreterliğine belgelerini teslim etmesi zorunludur.

-5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin kurumunuzda zorunlu staj olarak yapacağı döneme ilişkin ………. iş günlük **“İş Kazası ve Meslek Hastalığı”** sigortası pirimi Üniversitemiz tarafından Sosyal Sigortalar Kurumu’na ödenecektir.

-(\*) Staj yapılan firmadaki Mühendis, Mimar, Avukat, Eczacı vb. İlgili birimlerin talep etmiş olduğu alanında uzman personel sayısı.