|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **STAJ KABUL FORMU** | | |  | |
| **ÖĞRENCİNİN** |  | | |  | |
| **Adı ve Soyadı** | **:** | | | | |
| **Fakülte Sınıf / Öğrenci No.** | **:** | | | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** | | | | |
| **Cep Telefonu / Ev telefonu** | **:** | | | | |
| **İletişim Adresi** | **:** | | | | |
| **YAPACAĞI STAJIN** |  | | | | |
| **Türü** | **: Staj-1 Staj-2** | | | | |
| **Konusu / Süresi (İş Günü)** | **: …………………………………… / …………… Cumartesi Dahil Mi? :** Evet Hayır | | | | |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi** | **:** / / - / / | | |  | |
| **Öğrenci Beyan ve Taahhütnamesi**  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. (İŞ VE KAZA SİGORTASI) | | | | | |
| Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. (GENEL SİGORTA) | | | | | |
| Kamu/özel sektörde çalışmamdan dolayı genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle staj/işyeri eğitimim süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. | | | | | |
| - Yukarıda belirtilen tarihler arasında 5510 Sayılı Kanun’un 5/b maddesi uyarınca ……. iş günlük stajımı yapacağım.  - Yukarıda işaretlediğim beyanın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari ceza, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.  ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası | | | | | |
| Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur.  • 5510 sayılı kanunun 5/b ve 87/e fıkrası gereğince; Sosyal Güvenlik Kurumuna **İş Kazası ve Meslek Hastalığı için sigortalı girişi ve primi Üniversitemiz** tarafından yatırılacaktır. | | | | | |
| **S. Ü. BİLGİSAYAR MÜHENDİSLİĞİ ONAYI** | | | **S. Ü. TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ ONAYI** | | |
| Tarih: … /… /202.. Staj Komisyon Başkanı | | | Tarih: … /… /202.. Dekan | | |
|  | | | | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | |
| **Adı** | | **:** | | | |
| **Yetkilisi** | | **:** | | | |
| **Adresi** | |  | | | |
| **Web Adresi** | |  | | | |
| **Tel Numarası / e-posta** | | **:** | | | |
| **İş Yeri Faaliyet Alanları** | | **:** | | | |
| **ÖĞRENCİDEN SORUMLU PERSONELİN** | |  | | | |
| **Adı Soyadı** | | **:** | | | |
| **Mezun Olduğu Fakülte ve Bölüm Bilgileri** | | **:** | | | |
| **Görevi** | | **:** | | | |
| Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.  İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN | | | | | |
|  | | | | | (Unvanı) Adı Soyadı  Mühür ve İmza |
|  | | | | | |

**Not : 1-** Bu evrak öğrenci tarafından 2 asıl nüsha düzenlenerek ve onayları tamamlanarak bölüm sekreterliğine teslim edilecektir.