Resim

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda kimliği belirtilen öğrencimiz kurumunuzda yaz stajını yapmak istemektedir. Yüksekokulumuz öğrencilerinin 30 iş günü staj yapma zorunlulukları bulunmaktadır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 5. maddesi b bendi uyarınca ve aynı yasanın 87. maddesinin birinci fıkrası (e) bendi gereğince staj süresi gereğince öğrencinin sigorta primleri Üniversitemizce karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

**SGK DURUMU** (Sosyal güvencesi ailesi üzerine veya kendi adına)  **VAR** ☐ **YOK** ☐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | İkametgâh Adresi | |
| Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  | İl: |  |
| Sınıfı |  | İlçe: |  |
| Eğitim Öğretim Yılı |  | Mahalle: |  |
| E-posta adresi |  | Cadde/Sokak: |  |
| Telefon No (GSM) |  | Apt/Daire No: |  |

**STAJ YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma Adı |  | | | | |
| Adresi |  | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | |
| Telefon No |  | Faks No. |  | | |
| E-posta adresi |  | Web Adresi |  | | |
| Staja Başlama Tarihi |  | Bitiş Tarihi |  | Süresi (Hafta) |  |

**STAJ YAPILACAK ALANLAR HAFTA**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| STAJ YAPILACAK TOPLAM HAFTA |  |

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Görevi |  |
| E-posta adresi |  |
| Tarih |  |
| İşveren S.G.K. Tescil No. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI**  Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.  **Tarih** | **STAJ KOMİSYONU ONAYI**  **Tarih** | **STAJ YAPILAN YERİN ONAYI**  **(İmza ve mühür)**  **Tarih** |

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.

**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**

**KIRIKKALE MESLEK YÜKSEKOKUL MÜDÜRLÜĞÜNE**

Yüksekokulunuz ……….....................................................................................…… Bölümü

……………...................… numaralı öğrencisiyim.

Yapacağım staj ile ilgili aşağıdaki hususlarda bilgilendirildiğimi ve bu hususlara uyacağımı taahhüt ederim.

1. Sigorta girişi evrakımı Kırıkkale Meslek Yüksekokulu Bölümler Sekreterliğinden alacağım ve staj yapacağım yere staj başlangıcında teslim edeceğim.
2. Sigorta süresi içerisinde herhangi bir şekilde sağlık raporu aldığımda, bu raporu alındığı gün dahil 3 gün içerisinde Kırıkkale Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne bildireceğim ve ulaştıracağım.
3. Sigorta süresi içerisinde iş kazası geçirirsem, ilgili raporu alındığı gün dâhil 3 gün içerisinde Kırıkkale Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne bildireceğim ve ulaştıracağım.
4. Herhangi bir sebepten dolayı staj yapmamam veya yarıda bırakmam durumunda, sigortanın sonlandırılması için derhal Kırıkkale Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne dilekçe yazarak bilgi vereceğim.

Yukarıda belirtilen hususlara uymadığım takdirde Sosyal Güvenlik Kurumundan ve diğer kurum/kuruluşlardan gelecek her türlü cezaların tarafımca ödeneceğini kabul ve taahhüt ederim.

**\***KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ STAJ VE ZORUNLU UYGULAMALI EĞİTİM YÖNERGESİ **Madde-10 (7) Sigorta ile ilgili hususlara uyulmadığı takdirde, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve diğer kurum/kuruluşlardan gelecek her türlü ceza, stajyer öğrenci tarafından ödenir.**

Tarih: ....... / ....... / 202…..

Adı Soyadı : ……………………………………………….

İmza : ……………………………………………….

Staj yeri : ……………………………………………….

T.C. Kimlik No : ……………………………………………….

Öğrenci No : ……………………………………………….

Telefon : ……………………………………………….

Eposta : ……………………………………………….

Adres : ……………………………………………….

: ……………………………………………….