Resim

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda kimliği belirtilen bölümümüz öğrencisi kurumunuzda 14 hafta süre ile Zorunlu Uygulamalı Eğitim yapmak istemektedir. 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 Fakültemizce/Yüksekokulumuzca karşılanacaktır. Öğrencimizin kurumunuzda Zorunlu Uygulamalı Eğitimi yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederim.

**Öğrenci Bilgileri**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenci Numarası |  | Bölüm / Sınıf |  |
| Mail adresi |  | Telefon |  |
| İkametgâh Adresi |  |

**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: |  |

**ZORUNLU UYGULAMALI EĞİTİM YAPILAN KURUMA AİT BİLGİLER**

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

**İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** | **ZORUNLU UYGULAMALI EĞİTİM YAPILAN YERİN ONAYI****(İmza ve mühür)****Tarih** |

NOT: Bu form iki nüsha düzenlenecektir.

Evrak Düzenlenme Tarihi: 02.11.2020