



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

ZORUNLU UYGULAMALI EĞİTİM FORMU

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		Bölüm / Sınıf	
Öğrenci Numarası		Telefon	
Mail adresi			
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