Tarih:DAY/MONTH/YEAR

İLGİLİ MAKAMA

Teknoloji Fakültesi DEPARTMENT Mühendisliği Bölümü STUDENT\_NUMBER numaralı öğrencisiyim. Kurumunuzda staj yapmamın uygun görülmesi halinde bu formun alttaki kısmını doldurularak fakültemiz ilgili bölüm başkanlığına gönderilmesini saygılarımla arz ederim.

İşyeri uygulaması süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. belgelerin aslını alınan gün içerisinde bölüm başkanlığına bildireceğimi beyan ve taahhüt ederim.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ad Soyad | FULLNAME | | | | |
| T.C. Kimlik Numarası | TC\_NUMBER | | | | |
| Ev Tel /GSM | TELEPHONE | | E - Posta | EMAİL | |
| Adres | ADDRESS | | | | |
| İl: CITY | İlçe: DİSTRİCT | | | Posta Kodu: POSTAL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Staj Bilgileri\*,\*\* | | | |
| Staj I | | Staj II | |
| Başlama Tarihi: SDAY/SMONTH/SYEAR | Bitiş Tarihi: EDAY/EMONTH/EYEAR | | İş Günü : WORKDAY |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ailemden, Kendimden veya Anne-Baba Üzarinden Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlık Hizmeti Alıyorum | Evet | Hayır |
| Genel Sağlık Sigortası (GSS) (Gelir Testi Yaptırdım Pirim Ödüyorum) | Evet | Hayır |
| 25 Yaşını Doldurdum | Evet | Hayır |

Tarih:

Ad Soyad :

İmza :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Staj Yapılacak Kurum Bilgileri | | | | |
| Resmi Adı | COMPANY\_NAME | | | |
| Faaliyet Alanı | SCOPE | | | |
| Adres Bilgileri | COMPANY\_ADDRESS | | | |
| İl: COMPANY\_CITY | İlçe: COMPANY\_DİSTRİCT | Posta Kodu: COMPANY\_POSTAL | |
| İletişim Bilgileri | Telefon: COMPANY\_TEL | Fax: COMPANY\_FAX | E – Posta: COMPANY\_EMAİL | |
| Staj Sorumlusunun Unvanı | Mühendis Teknik Öğretmen Hekim | | | |
| Kurum olarak 3308 sayılı kanundaki devlet katkısından yararlanmak istiyor musunuz?\*\*\* Evet Hayır | | | |  |

Yukarıda adı geçen öğrencinin ilgili tarihlerde staj uygulamasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Firma Yetkilisinin Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaşe ve İmza:

\*3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5 inci maddesinin (b) bendi gereğince zorunlu staja tabi tüm öğrencilere "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası" yapılması ve sigorta primlerinin Üniversite tarafından ödenmesi gerekmektedir. Staj süresi boyunca üniversitemiz tarafından öğrencimizin SGK’ya kaydı yaptırılacaktır.

\*\*Staja SGK sicil numarası alındıktan sonra başlayacaktır. Farklı firmalarda yapılacak stajlar için ayrı form doldurulacaktır. Öğrenci bu evraktan 2 nüsha düzenleyip firmaca onaylandıktan sonra bir tanesini belirlenen staj döneminden en az 1 ay önce ilgili bölüm başkanlığına teslim etmek zorundadır.

\*\*\* Yanıtınız Evet ise Ek-1 formunu doldurunuz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| T.C. Kocaeli Üniversitesi Teknoloji Fakültesi  Bölüm İş Yeri ve Staj Komisyonu Onayı | Yukarıda adı geçen öğrencinin ilgili tarihlerde  staj uygulamasını ilgili kurumda yapması;  Uygundur Uygun Değildir | ONAY |
| Not: | | |