



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
Mühendislik Fakültesi
Bilgisayar Mühendisliği Bölümü

Sayı : 10618358-
Konu : Staj Sigortası

...../...../.....

İLGİLİ MAKAMA

Bölümümüz numaralı öğrencisi 2016-2017 öğretim yılı 20 iş günü mesleki staj yükümlülüğü bulunmakta olup, staj dönemi süresince 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5/b maddesi ve aynı kanunun 87/e bendi uyarınca iş kazası ve mesleki hastalığına karşı sigortalanması, sigorta primlerinin ödenmesi kurumumuz tarafından yapılacaktır.

Bilgilerinize rica ederim.

Bölüm Başkanı

Öğrenci TC. No:

Staj yapılacak tarih ve süresi:

Yetkilinin Kaşesi ve İmzası:

MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

----- (Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır) -----

Öğrencinin				Açıklama
Adı Soyadı				Öğrenciye ait kişisel bilgiler tam ve doğru olarak doldurulmalıdır
Numarası				
Bölümü				
TC Kimlik No				
Staj Başlama Tarihi		Başladığı gün yazılacak	<u>Haftalık Çalışma Gün Sayısı</u>	Toplam Staj Günü
Staj Bitiş Tarihi		Bittiği gün yazılacak		
Telefon No. Cep / Ev				

Kurum / İşyerinin		Açıklama
Adı (Unvanı)		İşyerinin Tam Adı yazılacak
Faaliyet Alanı		Kısaca, faaliyet alanı ile ilgili bilgi verilecek
Telefon –Fax- E-posta		İşyerine ait telefon ve iletişim bilgileri yazılacak
Açık Adresi		İşyerinin tam adresi yazılacak (Denetçi öğretim elemanının işyerini ziyareti için gerekli)

Sosyal Güvence Beyanı

- 1- ☐ Genel Sağlık Sigortası Kapsamındayım
- 2- ☐ Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- 3- ☐ Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var
- 4- ☐ Bağ-Kur'a tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var
- 5- ☐ Emekli Sandığı'na tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var
- 6- ☐ Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum

Yukarıda adı geçen kurum / işyerinde, belirtilen tarihler arasında işgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı, staj başlama ve bitiş tarihlerimin değişmesi durumunda en az 5 (beş) gün önceden Fakültenize bilgi vereceğimi, sosyal güvence durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen bildireceğimi taahhüt eder, aksi durumda stajımın iptal edileceğini ve yasal zorunlulukları kabul ettiğimi beyan ederim.

.... / /

(Öğrencinin Adı Soyadı-imzası)

----- (Bu kısım okulumuzca doldurulacaktır) -----

Onay
(Staj Komisyon.Bşk)

.... / /

Onay
(SGK'da Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır)

.... / /