Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz yapmakla yükümlü olduğu stajını kurumunuzda yapmak istemektedir.5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87 maddesinin e bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu staj dönemine ilişkin 30 iş gününü kapsayan "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi" Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | | | | | | |
| **Öğrenci Program/ No** |  | **Öğretim Yılı** | |  | | | | |
| **e-posta adresi** |  | **Telefon No** | |  | | | | |
| **İkametgâh Adresi** |  | | | | | | | |
| **Öğrencinin İmzası** |  | **Staj Komisyonunun İmza ve Kaşesi** | |  | | | | |
| **STAJ YAPILAN YERİN** |  | | | |  | | | | |
| **Adı** |  | | | | | | | |
| **Adresi** |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Telefon No** |  | **e-posta adresi** | |  | | | | |
| **Staja Başlama Tarihi** |  | **Staj Bitiş Tarihi** | |  | | | | |
| **Staj Süresi** |  | **Haftalık Staj Yapılacak Gün Sayısı** | |  | | | | |
| **Yetkilinin Adı Soyadı** |  |  | |  | | | | |
| **Görev ve Unvanı** |  | **İmza / Kaşe** | |  | | | | |
| **e-posta adresi** |  |  | |  | | | | |
| **Telefon No** |  |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |

**ÖNEMLİ NOT: 5510 sayılı Kanun gereği staja başlama ve bitiş tarihi ile haftalık yapılacak staj günü işveren tarafından doldurulacak, işverenin beyanı esas alınacaktır. Beyan eksikliğinden kaynaklanan sorunlardan öğrenci ve işveren sorumlu olup, Üniversitemizin sorumluluğu bulunmamaktadır.**

**Form 2 (iki) nüsha hazırlanacak**, imzalar tamamlandıktan sonra bir nüshası iş yerinde kalacak, bir nüshası okula teslim edilecektir.