

**T.C.**

**MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**

**İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ**

**İSTEĞE BAĞLI STAJ BAŞVURU FORMU**

**İLGİLİ MAKAMA**

Sigortalının son 6 ay

içinde çekilmiş fotoğrafını yapıştırınız.

Aşağıda gerekli açıklamaları bulunan Fakültemiz …………………………………………………… Bölümü öğrencisi

……………………………………………. kurumunuzda isteğe bağlı staj yapmasının uygun görülmesi halinde, SGK’ya İş Kazası ve Meslek Hastalıklarına karşı sigorta primi Fakültemiz tarafından ödenecektir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Abdurrahman ÇETİN

Fakülte Sekreteri

**STAJ YAPACAK KİŞİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | |
| Öğrenci Numarası |  | Öğretim Yılı | 201…/201… |
| E-posta adresi |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi  (Staj yapacağı yerdeki adresi) |  | | |

**STAJ YAPILAN YERİN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma Adı/Unvanı |  | | | | |
| Adresi |  | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | |
| Telefon No |  | | | | |
| E-posta Adresi |  | | | | |
| Kurum/İşyeri Cumartesi Çalışıyor (…..) | | Kurum/İşyeri Cumartesi Çalışmıyor (…..) | | | |
| Staja Başlama Tarihi | ......./.……/201.. | Bitiş Tarihi | ....../.…./201.. | Süresi(gün) | … İş Günü |
| Yukarıda adı soyadı yazılı öğrencinizin, belirtilen tarihler arasında kurum/işyerimizde isteğe bağlı staj yapması uygundur.  **İmza / Kaşe** | | | | | |

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soyadı |  | Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl |  |
| Adı |  | İlçe |  |
| Baba Adı |  | Mahalle/Köy |  |
| Ana Adı |  | Cilt No |  |
| Doğum Yeri |  | Aile Sıra No |  |
| Doğum Tarihi |  | Sıra No |  |
| T.C. Kimlik No. |  | Verildiği Nüfus Dairesi |  |
| N. Cüzdan Seri No |  | Veriliş Nedeni |  |
| SGK No. |  | Veriliş Tarihi |  |
| Sağlık Güvencesi |  | Askerlik Durumu |  |

**ÖĞRENCİNİN İMZASI** **STAJ KOMİSYONU ONAYI**

Bu belgedeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, yukarıda belirtilen tarihler arasında 30 (otuz) iş günü staj yapacağımı ve stajımın başlangıç veya bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde

10 iş günü önceden Fakülteme bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

Tarih: ……/……/201…..

Uygundur / Uygun Değildir

Başkan

Sosyal Güvenlik Kurumu Staja başlama giriş işlemi yukarıdaki tarihlere göre yapılacaktır.

Tarih: …./……/201…

Görevli Mutemet

İmzası:

Tarih: …./…../201…..

Üye

Üye

(Muhasebe)

**ÖNEMLİ NOT: Öğrenci bu formu doldurup imzalayarak, akademik takvimde belirtilen bahar dönemi ders bitiş tarihinden en az bir (1) ay önce ilgili Bölüm Başkanlığına teslim etmelidir. Teslim edilecek form 3 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır. 5510 Sayılı Kanunun 5/b ve 87/e fıkrası gereğince staj yapan öğrencinin Sosyal Güvenlik Kurumuna İş Kazası ve Meslek Hastalığı için sigortalı girişi staja başlangıç gününden bir gün önce yapılacak ve pirimi Fakültemiz tarafından ödenecektir. Staj yapan öğrencinin işyerinde iş kazası geçirmesi ya da meslek hastalığına tutulması halinde söz konusu durum kazadan sonraki üç işgünü içinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na ve derhal Fakültemize bildirilecektir. İşverenler 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca stajyer öğrencilerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm yükümlülükleri yerine getirmek zorundadır.**