|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Açıklama: C:\Users\NAZLI\Downloads\arastirma u¨niversitesi logo (2).jpg | | | **T.C.**  **ERCİYES ÜNİVERSİTESİ** | | | | | | | | | | | | | | | | Logo_001 | | | | |
| **STAJ YERİ TALEP VE KABUL FORMU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | **Adı ve Soyadı** | | | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bölümü** | | | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Öğrenci No** | | | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sınıfı** | | | | | | **3. Sınıf** | | | | | | | | | | **4.Sınıf** | | | | | | |
| **1.Dönem** |  | **2.Dönem** |  | **3.Dönem** | | |  | **4.Dönem** |  | **1.Dönem** | | | |  | **2.Dönem** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **İletişim Numarası** | | | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Stajın Türü** | | | | | | | **:**  Protokole Bağlı | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Staj Başlama/Bitiş Tarihi** | | | | | | | **:** ……. /….…/20….. - ……/……/20……. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Staj Yapılacak Gün/Günler** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pazartesi** | | |  | **Salı** | | |  | **Çarşamba** | | |  | **Perşembe** | | | | |  | | **Cuma** | | |  |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü**  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle stajım  boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle stajım  boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Staj yaptığım süre içerisinde iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı kabul ediyorum. İlgili mevzuat uyarınca SGK primlerine esas olmak üzere; yukarıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu ve bu bilgilerin değişmesi halinde değişikliği 2 iş günü içinde Fakültemize bildireceğimi, beyanlarımdan kaynaklanacak her türlü hukuki ve cezai işlemi kabul edeceğimi beyan ve taahhüt ederim.  ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yukarda bilgileri yer alan öğrencimiz stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87 maddesinin e bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin staj dönemine ilişkin "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi, Genel Sağlık Sigorta Primi" Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STAJ YERİ BİLGİLERİ** | **Kurum/Kuruluş Adı** | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresi** | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **İletişim Numarası** | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-Posta Adresi** | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Faaliyet Alanı** | | | | | **:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UYGUNDUR**  **İşveren/Yetkili**  **Adı Soyadı**  **(Ünvanı)**  **Kaşe ve İmza** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BÖLÜM STAJ KOMİSYONU**  **Başkan/Üye** | | | | | | | | **FAKÜLTE ONAYI**  **….. / …… / 20….** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Not:** | | 1-Öğrenci Staj Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden ilgili eğitim (Fakülte) birimine teslim etmek zorundadır.  2- **Staj Kabul Formu (1) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdanı fotokopisi ve E-Devlet Müstehaklık Sorgulama Belgesi eklenecektir.**  3- Öğrenci stajda çalışırken **rapor alırsa** raporunu aldığı gün Dekanlığına veya bölüm staj yetkilisinin e-posta adresi üzerinden dekanlık tahakkuk bürosuna bildirmek zorundadır. Bildirmeyen öğrenci SGK’dan gelecek **cezai işlemden** kendisi sorumludur. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.