**İLGİLİ MAKAMA**

Son 6 ay içinde çekilmiş fotoğraf

Aşağıda gerekli açıklamaları bulunan ………………………………………………………….… bölümü öğrencisi ………………………………………. kurumunuzda staj yapmasının uygun görülmesi halinde, SGK’ya ödenecek olan İş Kazası ve Meslek Hastalıklarına karşı sigorta primi fakültemiz tarafından ödenecektir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Fatma PALABIYIK**

**Fakülte Sekreteri**

**STAJ YAPACAK KİŞİNİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | |
| Öğrenci Numarası |  | Öğretim Yılı | 20…/20… |
| E-posta adresi |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi  (Staj yapacağı yerdeki adresi) |  | | |

**STAJ TÜRÜ VE YAPILACAK YERİN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İsteğe Bağlı Staj Uygulamalı Eğitim İşbaşı Eğitim Dersi Staj Seferberliği (Kariyer Kapısı) | | | | | |
| Firma Adı/Unvanı |  | | | | |
| Adresi |  | | | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | | | |
| Telefon No |  | | |  |  |
| E-posta Adresi |  | | |  |  |
| Staja Başlama Tarihi | ..../.…/20.… | Bitiş Tarihi | ..../.…/20.... | Süresi(gün) | … İş Günü |
| İmza ve Kaşe | | | | | |

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soyadı |  | T.C. Kimlik No. |  |
| Adı |  | N. Cüzdan Seri No |  |
| Baba Adı |  | SGK No. |  |
| Ana Adı |  | Veriliş Tarihi |  |
| Doğum Tarihi |  |  |  |

**ONAYLAR**

**ÖĞRENCİNİN İMZASI STAJ BÖLÜM KOORDİNATÖRÜ STAJ KOMİSYON BAŞKANI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bu belgedeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firmayla ilgili staj evraklarımın hazırlanmasını arz ederim.  Öğrencinin Adı Soyadı  İmzası:  Tarih: …./…../20... | Tarih: ……/……/20... | Tarih: ……/……/20... |

**ÖNEMLİ NOT: Staja başlama tarihinden en az 15 gün önce öğrencimiz bu formu Fakülteye teslim etmelidir. Teslim edilecek form 2 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 fakülteye bildirilecektir. İşverenler 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca stajyer öğrencilerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm yükümlülükleri yerine getirmek zorundadır.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAYLAYAN** |
| Fatma Palabıyık  İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Fakülte Sekreteri  Belge Dogrulama Kodu: ATFHFEC | Uğur Kılıç  Bu belge, güvenli elektMronüihkeinmdziasile imzalanmistir.  SGDB Kalite Birim Sorumlusu  Belge Takip Adresi: https: | Prof. Dr. Sevtap Ünal İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  Dekanı V.  //ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPag |

 e/Index