**İŞYERİ STAJ KABUL FORMU**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
| **Okul Numarası** | **Adı Soyadı** | **Bölüm/Programı** | **Telefon Numarası** |
|  |  |  |  |
| **T.C. Kimlik Nu.** | **Sosyal Güvencesi** | **Engelli Raporu** | **Eski Hükümlü** |
|  | Vardır ( ) Yoktur ( ) | Vardır ( ) Yoktur ( ) | Evet ( ) Hayır ( ) |
| **STAJ SÜRESİ** |
| Staj Başlama Tarihi | Staj Bitiş Tarihi | Staj Süresi |
| …../…./20… | …../…../20…. | …….. İşgünü |
| **TAAHHÜTNAME** |
| Yukarıda belirtilen tarihler arasında stajımı yapacağımı, staj esnasında olabilecek tarih değişikliği (İzin, rapor, staj iptali vs.) ilgili staj birimi yetkilisine yazılı olarak bildireceğimi, staj süresince herhangi bir ücret talep etmeyeceğimi, yukarıdaki bilgileri kendi özgür irademle verdiğimi ve bilgilerin doğruluğunu taahhüt ederim. (İmza)……../….…../20.….(Öğrencinin Adı-Soyadı) |
| **STAJ YAPILACAK İŞYERİ BİLGİLERİ** |
| İşyerinin Adı |  |
| Adresi |  |
| Tel:…………………………… Fax:………………………… e-mail:………………………………………... |
| İşyeri Onayı | Yukarıda bilgileri ve taahhüdü bulunan öğrencinin işyerimizde staj yapmasıuygundur/uygun değildir.(İmza)…../…../20….(Adı-Soyadı) |
| Staj Komisyonu Onayı(Staj komisyonu üyelerinden herhangi birisi onaylayacaktır.) | Staj yeri uygundur/uygun değildir.(İmza)…../…../20….(Adı-Soyadı) |
| Not: Yükseköğrenimleri sırasında zorunlu staja tabii tutulan öğrencilerin 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında, stajları süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi Yüksekokulumuz tarafından ödenecektir. Stajyer öğrenci ile ilgili Sosyal Güvenlik Kurumu işlemlerinin düzenli ve zamanında yapılabilmesi için öğrencinin staja başladığı ve stajını bitirdiği tarihin bildirilmesi, bildirilen bu tarihin kesinlikle değiştirilmemesi, STAJYER ÖĞRENCİ AYLIK ÇALIŞMA PUANTAJI CETVELİ’nin her ay düzenlenerek işyeri tarafından Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne gönderilmesi gerekmektedir. Konuyla ilgili dokümanlar öğrenci tarafından staj başladığında işyerine teslim edilecektir. |