|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\PC\Desktop\SUBÜ FORMLAR\LOGOLAR\Ekran Alıntısı.JPG | **SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ****FERİZLİ MESLEK YÜKSEKOKULU** **………………………………………………. PROGRAMI**  |
| **ZORUNLU STAJ KABUL FORMU** |
|  |
| **ÖĞRENCİNİN** |  |  |
|  |  |  |
| **Adı ve Soyadı** | **:** |
| **Öğrenci Numarası** | **:** |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** |
| **GSM Telefon No** | **:** |
| **E-Postası** | **:** |
|  |  |  |
| **YAPACAĞI STAJIN** |  |  |
|  |  |  |
| **Süresi (İş Günü)** | **:30 (OTUZ)** |  |
| **Staj Başlama**  | **:** / /20... **Bitiş Tarihi** / /20…  |  |
|  Yukarıda belirtilen tarihler arasında 30 iş günlük stajımı yapacağım. |
| - Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (Program Başkanlığına) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.- Aşağıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.** Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.** Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. / /  Öğrencinin İmzası |
|  Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyuncaÖğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. |
|   ONAY |  |
| MÜDÜRLÜK |  |
|  |  |
|  |
| **İŞYERİNİN** |
| **Ünvanı** | **:** |
| **Adresi** | **:** |
| **Tel Numarası** | **:** |
| **Fax Numarası** | **:** |
| **Firmanın Vergi Numarası** | **:** |
| **E-Posta Adresi** | **:** |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |
|  Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür. İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN |
|  Adı Soyadı : **Ünvanı :** **Mühür ve İmza :** |   |
|  |
| **UYGUNDUR** |
|  |
|  |
|  Bölüm Staj Yetkilisi |
| **Not : 1-**Öğrenci Staj Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) birimine teslim etmek zorundadır.2-Staj Kabul Formuna nüfus cüzdanı fotokopisi eklenerek iki (2) adet düzenlenecektir.3-Staj Kabul Formu düzenlenmeyen öğrenci staja başlayamaz. Aksi halde yapılacak staj kabul edilmez. |