|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ISO 9001:2008** | **T.C.**  **İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER FAKÜLTESİ** |  |
| **STAJ /ALAN ÇALIŞMASI KABUL FORMU** | **Dok. No:FR/660/** |
| **İlk Yayın Tar.: 21.09.2017** |
| **Rev. No/Tar.:** |
| **Sayfa: 1 / 1** |

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimizin staj/alan çalışması yapma zorunluluğu vardır. Öğrencimizin kurumunuzda yapacağı 20 iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica ederiz.

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |
| Bölümü |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Telefon Numarası |  |

FOTOĞRAF

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sosyal Güvenlik Durumum Aşağıda İşaretlediğim Gibidir. (Bu kısmı el ile işaretleyiniz.)** | | | | | |
| 1) Annem, babam veya eşim üzerinden sağlık yardımı almaktayım. ( ) | | | | | 2) Yeşilkart sahibiyim. ( ) |
| 3) SGK'ya tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var. ( ) | | | | | 4) Bağ-Kur’a tabiyim. ( ) |
| 5) Emekli Sandığı’na yardımım var.( ) | tabi | olduğumdan | kendi | sağlık | 6) Genel Sağlık Sigortası primi ödemekteyim. ( ) |
| 7) Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık  yardımı almıyorum. ( ) | | | | |  |
| **NOT: Sağlık Güvencemle ilgili değişiklik olduğu takdirde 3 gün içinde bildirmeyi taahhüt ederim.** | | | | | |
| **Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az (10) gün önceden ilgili birime bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükler ile SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek zararları karşılayacağımı; staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi kabul ve**  **taahhüt ederim.** | | | | | |

**STAJ/ALAN ÇALIŞMASI YAPILAN YERİN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı/ Unvanı: |  | | |
| Hizmet Alanı: |  | | |
| Telefon Numarası: |  | | |
| Adresi: |  | | |
| Vergi No/Sicil No: |  | | |
| Staj/Alan Çalışması Başlama Tarihi: |  | Staj/Alan Çalışması Bitiş Tarihi |  |
| İşyeri Çalışma Takvimi | **Hafta İçi ( )** | **Hafta İçi+Cumartesi ( )** |  |

İŞVEREN YETKİLİNİN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | Kurumumuzda/İşletmemizde Staj/Alan Çalışması Yapması Uygundur.  İmza/ Kaşe |  |
| Görev ve Unvanı |  |
| Telefon No |  |
| Tarih |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Adı Soyadı | Tarih | İmza |
| ÖĞRENCİ (Belge üzerindeki bilgilerin bilgilerimin doğru  olduğunu beyan ederim.) |  |  |  |
| BÖLÜM STAJ KOMİSYON ÜYESİ ONAYI |  |  |  |

“5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu ve 4857 Sayılı İş Kanunu hükümlerinin uygulanabilirliği açısından formun tam olarak doldurulması önem arz etmektedir. Staj zorunludur. Staja tabi öğrencilerimizin, 5510 sayılı Sos. Güv. Mevz. 5- b.md. gereğince sigorta primleri Dekanlığımızca karşılanacaktır”