

Adı Soyadı		Uyruğu T.C. Kimlik No	
Öğrenci Numarası		Telefonu	
Bölümü		Adresi	
Staj Ders Kodu			

Kurum/Kuruluşun Adı		Stajyerin Çalışacağı Birim	
Sektörü/Sınıfı*		Staj Süresi	 iş günü
Türü/Alanı**		Staj Başlama Tarihi	 / / 20.....
Adresi		Staj Bitiş Tarihi	 / / 20.....
		Şu An Sigortalı Olarak Bir Kurumda Çalışmaktayım	Evet ☐ Hayır ☐

Öğrencinin İmzası

..... / / 20.....

Bölüm Staj Komisyonu Onayı	İmza / / 20.....	Öğrenci Cumartesi Günü de Staj Yapacak Mı?	Evet ☐ Hayır ☐
-----------------------------------	---------------------------------	---	--

**** İşaretli alana ilgili Kurum/Kuruluşun faaliyet alanı (Bilişim, Elektronik vb.) yazılacaktır.**

4) SGK'dan alınacak sigortaya ilişkin döküm (E-Devletten alınacak Müstehaklık Belgesi)

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
MÜHENDİSLİK DOĞA BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
..... BÖLÜMÜ
KURUMLAR ARASI STAJ BAŞVURU ve KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ			
ADI / SOYADI			
KAYITLI OLDUĞU BÖLÜMÜN ADI		KAMET ADRESİ:	
T.C KİMLİK NUMARASI			
CEP TELEFON NUMARASI			
ÖĞRENCİ NUMARASI-SINIFI			
E-POSTA ADRESİ			
SGK KAYDI (Kendimden, ailemden, annem / babam üzerinden Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlık Hizmeti)		ALİYORUM	ALMIYORUM
STAJ YAPILACAK İŞYERİ BİLGİLERİ			
ADI			
ADRESİ			
STAJ YAPILACAK BÖLÜM			
TELEFON / WEB ADRESİ			
FAALİYET ALANI			
Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında Günlük stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamama ya da vazgeçmem halinde en az 3 gün öncesinden, "Öğrenci İşleri Birimi"ne bilgi vereceğimi, aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek zararları karşılayacağımı; Mazeretli veya mazeretsiz devamsızlık süremi SGK primi ödenmeden "Öğrenci İşleri Birimi"ne bildireceğimi, eksik günleri için ek sigorta işlemi yapıldığında sigorta giderini ödeyeceğimi; Staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi, KSBÜ ce yayımlanan stajımla ilgili yönerge, yönetmelik ve esasları kabul ettiğimi beyan ve taahhüt ederim. Tarih :/...../..... Öğrencinin Adı ve Soyadı : Öğrencinin İmzası :			
Yukarıda verilen staj yerine ait bilgilerin doğruluğunu, stajla ilgili işlemlerde "Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uygulamalı Eğitimler Uyu ve Esaslar Yönergesi", "Türkiye Cumhuriyeti İnsan Kaynakları Ofis Staj Seferberliği Uygulama Yönergesi" ilgili hükümlerini kabul ederim.			
Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin, İşyerimizde günlük STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR() GÖRÜLMEMİŞTİR()		İşyeri Yetkilisi veya Temsilcisi Adı Soyadı : İmzası : Tarih :/...../..... Mühür / Kaşe :	
ÖĞRENCİNİN			
BAŞVURU YAPTIĞI STAJ YERİ			
STAJ BAŞLAMA TARİHİ		Haftalık Çalışılacak Gün Sayısı :	
STAJ BİTİŞ TARİHİ		Staj Süresi gün	
STAJ SÜRESİNCE AYLARA GÖRE ÖDENECEK PRİM GÜNÜ (Hangi Ayda Kaç Gün Staj Yapacağı):			
Cumhurbaşkanlığı Ulusaj Staj Programı kapsamında, Kariyer Kapısı Çevrimiçi Platformu üzerinden staj başvurusu yapan öğrencilerin sigorta işlemleri staj yapılacak kurum tarafından staj yapılacak tarihlerin en az 10 gün önce resmi yazı ile bildirilmesi durumunda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Fakültemiz tarafından yapılmaktadır. Fakülte Sekreteri Adı ve Soyadı İmza			