** MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ**

FOTOĞRAF

**ZORUNLU STAJ FORMU**

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı öğrencimizin ….. iş günü staj yapma zorunluluğu vardır. Öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde yapacağı …. iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini arz/rica eder, göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederim.

**Doç. Dr. Birol SOYSAL**

**Dekan Yardımcısı**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** (Tüm alanları **eksiksiz** doldurunuz) | | | | | | | | | | | | |
| **Adı ve Soyadı** |  | | | **Telefon No** | | | | |  | | | |
| **Öğrenci No** |  | | | **Öğretim Yılı** | | | | |  | | | |
| **Bölümü** |  | | | **İkâmetgah Adresi** | | | | |  | | | |
| **E-posta Adresi** |  | | |
| **STAJ YAPILACAK YERİN** | | | | | | | | | | | | |
| Adı / Unvanı |  | | | Telefon No | | | | |  | | | |
| Adresi |  | | | Faks No | | | | |  | | | |
| E-posta Adresi | | | | |  | | | |
| **İŞVERENİN /YETKİLİNİN** | | | | | | | | | | | | |
| Adı ve Soyadı |  | | | **Kurumumuzda/İşletmemizde Staj Yapması Uygundur.**  İmza/Kaşe | | | | | | | | |
| Görev ve Unvanı |  | | |
| E-posta Adresi |  | | |
| Tarih |  | | |
| **STAJIN STAJIN** | | | | | | | | | | | | |
| **Başlama Tarihi** |  | **Bitiş Tarihi** | |  | | | | | **Süresi (Gün)** | |  | |
| **ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT ve SİGORTA BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | |
| **Soyadı** |  | **Nüfusa Kay. Olduğu İl** | | |  | **SAĞLIK GÜVENCESİ** | | | | | | |
| **Adı** |  | **İlçe** | | |  |
| **Sağlık güvencenizle ilgili kutucuğu işaretleyiniz** | | | | | | |
| **Baba Adı** |  | **Mahalle-Köy** | | |  |
| **Ana Adı** |  | **Cilt No** | | |  |  |  | | | **SAĞLIK GÜVENCEM VAR. (Anne-baba, eşinden yararlananlar ve kendisi sigortalı çalışanlar)** | |  |
| **Doğum Yeri** |  | **Aile Sıra No** | | |  |
| **Doğum Tarihi** |  | **Sıra No** | | |  |  | | | **SAĞLIK GÜVENCEM YOK (Yeşil kartlı, genel sağlık sigortası yatıranlar ve hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar)** | |
| **T.C. Kimlik No** |  | **Verildiği Nüfus Dairesi** | | |  |
| **N.Cüzdan Seri No** |  | **Veriliş Nedeni** | | |  |  | | | | | | |
| **SSK No** |  | **Veriliş Tarihi** | | |  |  | | | | | | |
| **STAJ KOMİSYON BŞK. ONAYI** | | | **FAKÜLTE ONAYI** | | | | | **S.K.S. DAİRE BAŞKANI ONAYI** | | | | |
|  | | | **Doç. Dr. Birol SOYSAL**  **Dekan Yardımcısı** | | | | | Sosyal Güvenlik Kurumu’na staja başlama giriş işlemi yapılmıştır. | | | | |
| **KAŞE-İMZA-TARİH** | | | **KAŞE-İMZA-TARİH** | | | | | **KAŞE-İMZA-TARİH** | | | | |

**Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor ve yanlış beyan ya da staj yerine gitmeme veya yarıda bırakma gibi durumlarda sigorta işlemleri nedeni ile doğacak yasal para cezasını ödeyeceğimi taahhüt ediyorum.**

**Staj evrakının hazırlanmasını arz ederim.**

**Tarih / Öğrencinin İmzası**

|  |
| --- |
| **İLGİLİ YÖNETMELİK MADDELERİ** |
| **atauni_logo.gif ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ STAJ UYGULAMA ESASLARI**  **MADDE 7 (4) Staja devam zorunludur. Geçerli mazeretler nedeniyle devam edilemeyen günler telafi edilebilir. Telafi edilen günler her bir staj döneminin % 20’sinden fazla olamaz.**  **(5) Stajını mazereti dolayısıyla tamamlayamayacağını mazeretinin başlangıcından itibaren 5 (beş) işgünü içinde birimine bildirmeyen öğrenciler için oluşturdukları kamu zararı nedeni ile disiplin soruşturması açılır.**  **(8) Sosyal Güvenlik Kurumu sistemine öğrenciler için bir ayda iki kez veri girişi yapılamayacağından bir öğrenciye aynı ay içerisinde ikinci kez staj yaptırılamaz.** |
| * **NOT: Belgenin staja başlama tarihinden en az 30 gün önce Nüfus Cüzdan fotokopisi ile birlikte bağlı bulunulan Fakülte öğrenci işlerine teslim edilmesi zorunludur. Bu form fotokopi olmayan 3 asıl nüsha olarak hazırlanır ve Bölüm Başkanlığına 3 (üç) nüsha olarak teslim edilir.** * **Form staja başlama tarihinden en az 30 gün önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı’na öğrenci işleri tarafından gönderilir.** * **5510 sayılı yasa gereğince öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerini ödeme yükümlüsü Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü’dür.** |