|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Açıklama: C:\Users\NAZLI\Downloads\arastirma u¨niversitesi logo (2).jpg | **T.C.**  **ERCİYES ÜNİVERSİTESİ**  **MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ** | C:\Users\Hp\Desktop\mf logo.jpg |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAJ KABUL FORMU** | | | | | | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | **Adı ve Soyadı** | | | | **:** | | | | | | | |
| **Bölümü** | | | | **:** | | | | | | | |
| **Öğrenci No** | | | | **:** | | | | | | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | | | **:** | | | | | | | |
| **İletişim Numarası** | | | | **:** | | | | | | | |
| **Stajın Türü** | | | | **:**  Protokole Bağlı | | | | | | | |
| **Staj Başlama/Bitiş Tarihi** | | | | **:** ……. /….…/20….. - ……/……/20……. | | | | | | | |
| **Sınıfı** | | | **3. Sınıf** | | | | | | **4.Sınıf** | | |
| **1.Dönem** | | **2.Dönem** | **3.Dönem** | | **4.Dönem** | **1.Dönem** | | **2.Dönem** |
| **Staj Yapılacak Gün/Günler** | | | | | | | | | | | |
| **Pazartesi** | **Salı** | | | | **Çarşamba** | | **Perşembe** | | | **Cuma** | |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü** | | | | | | | | | | | | |
| Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. | | | | | | | | | | | | |
| Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. | | | | | | | | | | | | |
| **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında aydınlatma metnini okudum.** | | | | | | | | | | | | |
| Staj yaptığım süre içerisinde iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı kabul ediyorum. İlgili mevzuat uyarınca SGK primlerine esas olmak üzere; yukarıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu ve bu bilgilerin değişmesi halinde değişikliği 2 iş günü içinde Fakültemize bildireceğimi, beyanlarımdan kaynaklanacak her türlü hukuki ve cezai işlemi kabul edeceğimi beyan ve taahhüt ederim.  ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası | | | | | | | | | | | | |
| Yukarda bilgileri yer alan öğrencimiz stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87 maddesinin e bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin staj dönemine ilişkin "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi, Genel Sağlık Sigorta Primi" Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir. | | | | | | | | | | | | |
| **STAJ YERİ BİLGİLERİ** | **Kurum/Kuruluş Adı** | | **:** | | | | | | | | | |
| **Adresi** | | **:** | | | | | | | | | |
| **İletişim Numarası** | | **:** | | | | | | | | | |
| **E-Posta Adresi** | | **:** | | | | | | | | | |
| **Faaliyet Alanı** | | **:** | | | | | | | | | |
| **UYGUNDUR**  **İşveren/Yetkili**  **Adı Soyadı**  **(Ünvanı)**  **Kaşe ve İmza** | | | | | | | | | | | | |
| **BÖLÜM STAJ KOMİSYONU**  **Başkan/Üye** | | | | | **FAKÜLTE ONAYI**  **….. / …… / 20….** | | | | | | | |