



T.C.
SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
KAYNARCA SEYFETTİN SELİM MESLEK YÜKSEKOKULU

STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Bölüm/Programı :
Öğrenci No :
Telefon (Cep/Ev) :
Staj Başlama Tarihi : **05 Temmuz 2021 Pazartesi**
Staj Bitiş Tarihi : **23 Ağustos 2021 Pazartesi**
Staj Türü : Zorunlu 30 (Otuz) İş Günü İşyeri Stajı

Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhütü:
Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle Staj Süresi boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle Staj Süresi boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

Öğrenci Taahhütü:

Zorunlu 30 (Otuz) İş Günü İşyeri Stajımı aşağıda belirtilen işletmede yapacağım. Staj süresince işyeri iş yeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı beyan ve taahhüt ediyorum.

Staj süresince alacağım istirahat raporunu, meydana gelecek iş kazasını ve iş kazası olduğuna dair hekim raporunun aslını 2 (iki) iş günü içerisinde okuluma teslim edeceğimi, belge ve raporları okula teslim etmemem veya bildirmemem halinde 5510 sayılı kanun gereği doğacak tüm cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

..... / /
Öğrencinin İmzası

Yukarıda kimliği verilen Meslek Yüksekokulumuz öğrencisinin belirtilen süre içerisinde Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Meslek Yüksekokulları Zorunlu İşyeri Stajı Yönergesi kapsamında 30 İş günü İşyeri Stajı yapması zorunludur. **Staj süresince, öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.**

Onay
Müdürlük

STAJ YAPILACAK İŞYERİNİN:

Kurum/İşletme Adı :
Adresi :
Tel/Faks Numarası : /
E-Posta Adresi :
Faaliyet Alanı (Sektör) :

Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde **Staj** yapması uygun görülmüştür.

Öğrencinin alacağı istirahat raporu ve meydana gelecek iş kazası tutanağını, iş kazasına dair hekim raporunun aslını 2 (iki) iş günü içerisinde Müdürlüğünüze bildireceğimizi, belge ve raporları bildirmememiz halinde doğacak tüm cezai yükümlülükleri kabul ettiğimizi taahhüt ederiz.

İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı
(Ünvanı)
Mühür, Kaşe, İmza

UYGUNDUR

..... / /

Bölüm/Program Başkanı

Not : 1- İşyeri Uygulaması Kabul Formu (2) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdan fotokopisi eklenecektir.
2-İşyeri Uygulaması Kabul Formu düzenlemeyen ve okula teslim etmeyen öğrenci İşyeri Uygulamaları Eğitimine başlayamaz.