|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | **Adı ve Soyadı** | |  | | | |
| **Fakülte/MYO** | |  | | | |
| **Bölümü** | |  | | | |
| **Öğrenci No** | |  | | | |
| **Sınıfı** | | **1. Sınıf** |  | **2.Sınıf** |  |
| **T.C. Kimlik No** | |  | | | |
| **İletişim Numarası** | |  | | | |
| **Stajın Türü** | | Zorunlu Staj | | | |
| **Staj Başlama/Bitiş Tarihi** | | ……. /….…/20….. - ……/……/20……. | | | |
| **Haftalık Staj Gün Sayısı** | | **Haftanın 5 Günü Haftanın 6 Günü** | | | |
| **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. | | | | | | |
| 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 Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına 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**  **(Unvanı)**  **Kaşe ve İmza** | | | | | | |
| **BÖLÜM STAJ KOMİSYONU**  **Başkan/Üye** | | **FAKÜLTE/ MESLEK YÜKSEKOKULU**  **ONAYI**  **….. / …… / 20…** | | | | |
| **Önemli**  **Not:** | 1-Öğrenci Staj Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç yedi (7) gün önceden Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı birimine teslim etmek zorundadır.  2- **Staj Kabul Formu (1) adet düzenlenecek olup, (1) adet nüfus cüzdanı fotokopisi ve E-Devlet Müstehaklık Sorgulama Belgesi eklenecektir.**  3- Öğrenci stajda çalışırken **rapor alırsa** raporunu aldığı gün ogrenci@kayseri.edu.tr posta adresinden Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı’na bildirmek zorundadır. Bildirmeyen öğrencinin SGK’dan gelecek **cezai işlemden** kendisi sorumludur. | | | | | |