

# STAJ YAPILAN YERİN:

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | |
| Adı Soyadı : | Öğretim Yılı : |
| T.C. Kimlik No : | Telefon No : |
| Öğrenci No : | E Posta Adresi : |
| Bölümü : |  |
|  | |

T.C.

YALOVA ÜNİVERSİTESİ TERMAL MESLEK YÜKSEKOKULU

Fotoğraf

ZORUNLU STAJ FORMU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı /Unvanı | : |  | |  |
| Adresi | : |  | |  |
| Üretim / Hizmet Alanı | : |  | |  |
| Telefon No | : |  | Faks No: | |
| E-Posta Adresi | : |  | Web Adresi: | |
| Staja Başlama Tarihi: |  | Bitiş Tarihi: | | Süresi(Gün) : |

# İŞ VEREN YETKİLİNİN :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | : | Kurumumuzda / İşletmemizde Staj Yapması Uygundur  **İmza / Kaşe** |
| Görev ve Unvanı | : |
| E Posta Adresi | : |
| Tarih | : |

**ÖĞRENCİNİN SAĞLIK GÜVENCESİ BELGELERİ:**

**Sağlık güvencesi olmayan öğrencilerimizin Sosyal Güvenlik Kurumundan**

aldıkları sağlık güvencesi olmadığına dair belgeyi zorunlu staj formu ile birlikte öğrenci işleri birimine teslim etmelidirler. Aksi takdirde sağlık güvencesi olmayan öğrencilerimizin yalnızca iş kazası ve meslek

hastalıkları primi (%1) Meslek Yüksekokulumuzca ödenecektir.

|  |  |
| --- | --- |
| Stajımın başlangıç tarihinin değişmesi halinde en az 2 hafta önceden Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'ne bilgi vereceğim. Staja fiilen başladıktan sonra herhangi bir sebeple stajı bırakmam veya 3 gün ve daha fazla sağlık raporu almam halinde derhal Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'ne bilgi vereceğim. Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, bilgilerin yanlış olması halinde her türlü maddi zararı yasal gecikme faizi ile birlikte ödemeyi kabul ve taahhüt ederim.  **Öğrenci adı soyadı İmza** | |
| **Yüksekokulu Sekreteri**  **Onayı**  **Tarih:…./…../20** | **Bölüm Başkanı Onayı**  **Tarih:…./…../20** |

**Not:** \*\*5510 yasa gereğince staj başvurusunda bulunan öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerinin ödeme yükümlüsü Yalova Üniversitesi’dir.

Form-1: Zorunlu Staj Formu