

FOTOĞRAF

|  |
| --- |
| **T.C.****MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ**Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dekanlığı Zorunlu Staj Başvuru Formu |

Sayın Yetkili,

Aşağıda açık kimlik bilgileri yazılı …………………………………………….. Bölümü öğrencimiz, işyerinizde staj yapmak istemektedir. Bu nedenle; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87 nci maddesinin (e) bendi hükmü uyarınca, öğrencimizin zorunlu staj olarak yapacağı döneme ilişkin 30 (Otuz) iş günlük “İş Kazası ve Meslek Hastalığı” sigorta primi Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu’na ödenecek olup, ilgili şahsın, kurumunuzda/işletmenizde yapacağı 30 iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

 **Bölüm Başkanı**

 **İmza :**

**ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | T.C. Kimlik No. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Öğrenci No |  | Öğretim Yılı | 20.. - 20.. |
| E-posta Adresi |  | Telefon No |  |
| İkametgâh Adresi |  İl: İlçe: |
| -Kendi üzerinizden veya Aileniz üzerinden sosyal güvenceniz (sigortanız) var mı?-Devlet tarafından Genel Sağlık Sigortası Kapsamında mısınız? (Kendi veya Ailesi üzerinden Sigortası olmayanlar )  | Evet

|  |
| --- |
|  |

 | Hayır

|  |
| --- |
|  |

 |

**STAJ YAPILACAK YERİN BİLGİLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Üretim/Hizmet Alanı |  |
| Telefon No |  | Web Adresi |  |
| Staja Başlama Tarihi: ...... / ...... / 20.. | Bitiş Tarihi: ...... / ...... / 20.. | Süresi: ……........ gün |
| Cumartesi Staj Yapılıyor Mu ? | Evet | Hayır |
| **İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN ONAYI Firmamızda** / İşyerimizde staj yapması uygundur. |
| Adı Soyadı |  | İmza Kaşe Tarih |  |
| Görev ve Unvanı |  |
| E-posta adresi |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **BÖLÜM STAJ KOM. BŞK. ONAYI** | **DEKAN ONAYI** |
| Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması durumunda değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim. ...... / ...... / 20.. |  ...... / ...... / 20.. |  ...... / ...... / 20.. |

Muş Alparslan Üniversitesi Külliyesi Uygulamalı Bilimler Fakültesi 49250-MUŞ E-Posta : ubf@alparslan.edu.tr Telefon:0 436 249 20 25