|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   T.C.Eskişehir Osmangazi ÜniversitesiMühendislik Mimarlık Fakültesi Dekanlığı**Staj Başvuru ve Sözleşme Formu** |  |

*Bu form öğrenci tarafından bilgisayar ortamında doldurulacak ve elden teslim edildiğinde iki adet çıktı alınacaktır.*

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN ADRES KAYIT BİLGİLERİ** |
| Adı-Soyadı |  | **T.C. Kimlik No** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uyruğu |   | Öğrenci No |  |
| Adres:  |
| İlçe |  | İl |  |
| Cep Telefonu |  | e-posta |  |

 **STAJ YAPILAN YERLERİN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı |  |  |
| Adresi |  |  |
| Üretim/Hizmet Alanı |  |  |
| Telefon ve e-posta |  |  |
| Web Adresi |  |  |
| İlk Staja Başlama Tarihi |  | İkinci staj Bitiş Tarihi |  | Süreler (İşgünü) |  |
| Staj başlama ve bitiş tarihlerini belirlerken resmi tatilleri dikkate alınız. Tarihler daha sonra değiştirilmeyecektir.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İŞYERİ ÇALIŞMA GÜNLERİNİ “X” ile BELİRTİNİZ**  | **Ptesi** | **Salı** | **Çarş** | **Perş** | **Cuma** | **Ctesi** | **Pazar** |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **STAJ KOMİSYONU ONAYI** | **BÖLÜM ONAYI** |
| Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin belirtilen işyerinde ve sürede zorunlu stajının bir kısmını yapması uygun görülmüştür.Tarih: | Yukarıda kimlik bilgileri verilen, belirtilen tarihlerde ve işyerinde zorunlu stajının bir kısmını yapması uygun görülen öğrenciye ilişkin sigorta işlemleri, 5510 sayılı yasaya göre, Üniversitemiz tarafından yapılmak üzere sıraya alınmıştır. Tarih: |

**ÖĞRENCİ ONAYI ve TAAHHÜTNAME**

Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 87. Maddesi 5/b bendi gereğince zorunlu stajını yaparken sigortalı sayılmamdan dolayı **İş kazası-meslek hastalığının meydana gelmesi halinde veya Günlük Rapor aldığımda Sosyal Güvenlik Kurumu’na 3 günlük yasal süresi içinde bildirim yapılabilmesi için iş kazası-meslek hastalığına ve Günlük rapora ait tüm resmi belge ve tutanaklar ile varsa hastaneden alınan işgörmezlik raporunu 1 iş günü içinde Bölüm Başkanlığına ve staj komisyonuna bildireceğimi ve** durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde e-Devlet üzerinden alınan müstehaklık belgesi ile değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, bildirmediğim ya da beyanımın hatalı ve eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve oluşabilecek gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini beyan, kabul ve taahhüt ederim.

 Ad Soyad :

 İmza :

 Tarih :