



T.C.
Kocaeli Üniversitesi
Teknoloji Fakültesi



(İşyeri Eğitimi Başvuru ve Kabul formu)

Tarih:...../...../20..

İLGİLİ MAKAMA

Teknoloji Fakültesi _____ Mühendisliği Bölümü _____ numaralı öğrencisiyim. Kurumunuzda İşyeri Eğitimi yapmamın uygun görülmesi halinde bu formun alttaki kısmını doldurularak fakültemiz ilgili bölüm başkanlığına gönderilmesini saygılarımla arz ederim.

T.C. Kimlik No : _____

Ad Soyad : _____

İmza : _____

Öğrenci İletişim Bilgileri		
Adres	İl:	
	İlçe:	Posta Kodu:
Ev Tel		
GSM		
E - Posta		

İşyeri Eğitimi Bilgileri***		
Başlama Tarihi:/...../20..	Bitiş Tarihi:/...../20..	İş Günü :

Tarih:...../...../20..

Yukarıda adı geçen öğrencinin ilgili tarihlerde İşyeri Eğitimi uygulamasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Yetkilinin Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaşe ve İmza:

İşyeri Eğitimi Yapılacak Kurum Bilgileri			
Resmi Adı			
Faaliyet Alanı			
Adres Bilgileri	İl:		Posta Kodu:
	İlçe:		
İletişim Bilgileri	Telefon:	Fax:	E – Posta:
Staj Sorumlusunun Unvanı	Mühendis <input type="checkbox"/>	Teknik Öğretmen <input type="checkbox"/>	Hekim <input type="checkbox"/>
Kurum olarak 3308 sayılı kanundaki devlet katkısından yararlanmak istiyor musunuz?*** Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>			

*3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5 inci maddesinin (b) bendi gereğince zorunlu staja tabi tüm öğrencilere "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası" yapılması ve sigorta primlerinin Üniversite tarafından ödenmesi gerekmektedir. Staj süresi boyunca üniversitemiz tarafından öğrencimizin SGK'ya kaydı yapılacaktır.

**Staja SGK sicil numarası alındıktan sonra başlayacaktır. Farklı firmalarda yapılacak stajlar için ayrı form doldurulacaktır. Öğrenci bu evraktan 2 nüsha düzenleyip firmaya onaylandıktan sonra bir tanesini belirlenen staj döneminden en az 1 ay önce ilgili bölüm başkanlığına teslim etmek zorundadır.

*** Yanıtınız Evet ise Ek-1 formunu doldurunuz.

T.C. Kocaeli Üniversitesi Teknoloji Fakültesi Bölüm İş Yeri ve Staj Komisyonu Onayı	Yukarıda adı geçen öğrencinin ilgili tarihlerde İşyeri Eğitimi uygulamasını ilgili kurumda yapması; Uygundur Uygun Değildir	ONAY
Not:		

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ**

(Firma tarafından doldurulacaktır)

SIRA NO	ÖĞRENCİ BİLGİLERİ										İŞLETME BİLGİLERİ					
	ADI SOYADI	T.C. NO	DOĞUM TARİHİ	OKUL NO	PROGRAM ADI	STAJ BAŞLANGIÇ TARİHİ	STAJ BİTİŞ TARİHİ	ŞİGORTA BAŞLANGIÇ TARİHİ	STAJ YAPTIĞI GÜN SAYISI	DEVAM ETMEDİĞİ GÜNLER (2)	İŞLETME ADI	İŞLETMEDE ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI	İŞLETME TEL	İŞLETME ADRESİ	TALEP EDİLEN DEVLET KATKISI TUTARI (1)	IBAN

1) İlgili devlet katkısının firma hesabına yatırılması için, öğrenciye yatırılan ücreti gösteren **dekontun** her ayın ilk haftası içerisinde, aşağıdaki e-posta veya faks adresine gönderilmesi gerekmektedir.

E-posta: fatma.mercan@kocaeli.edu.tr
Faks: 0262 303 22 03

Firma Yetkilisi
Ad-Soyad

2) Öğrencinin devam etmediği günlerin, staj yaptığı ayın son iş gününde, fakülteye bildirilmesi gerekmektedir.

İmza/Kaşe

Not: Bu form, devlet katkısı talep edilmesi durumunda, staj başvuru ve kabul formu ile birlikte doldurularak, stajyer öğrenciye teslim edilmelidir.



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ

TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

STAJ / İŞYERİ EĞİTİMİ ÖĞRENCİ BEYAN VE TAAHHÜTNAMESİ

5510 Sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca/...../20..... tarihi itibariyle gün/hafta süreli staj/işyeri eğitimini.....da yapmak istiyorum.

SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER:

T.C. Kimlik Numarası	
Nüfus İli	
Cilt No	
Doğum Yılı	

ÖĞRENCİNİN SAĞLIK YARDIMI İLE İLGİLİ DOĞRULAYACAĞI BİLGİLER

Cinsiyet	Erkek	Bayan
25 Yaşımı Doldurdum	Evet	Hayır

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Yeşil Kartlıyım (Eski)	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalıyım (GSS) (Gelir Testi Yaptırdım. Pirim Ödüyorum.)	<input type="checkbox"/>
Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evlüyüm Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>

Üsteki beyanın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari ceza, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı Soyadı :

...../...../2017

İmza