|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Açıklama: dikeylogo | **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  …….................................………. **PROGRAMI** | | | | | |
| **STAJ KABUL FORMU** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN** | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| **Adı ve Soyadı** | | **:** | | | | |
| **Fakülte/YO/MYO Öğrenci No.** | | **:** | | | | |
| **T.C. Kimlik Numarası** | | **:** | | | | |
| **Cep Telefonu/Ev telefonu** | | **:** | | | | |
| **YAPACAĞI STAJIN** | |  | | | | |
| **Türü :** (Zorunlu / İsteğe Bağlı/ Mesleki Uygulama / İşbaşı / vb.) | | **:** | | | | |
| **Süresi (İş Günü)** | | **:** | |  | | |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi** | | **:** / / - / / | |  | | |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahüdü**  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle mesleki uygulama boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. | | | | | | | |
| - Yukarıda belirtilen tarihler arasında ……. iş günlük stajımı yapacağım.  - Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.  ….. / …… / 20….  Öğrencinin İmzası | | | | | | | |
| Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur.  • Bu uygulama; 3308 Sayılı Meslekî Eğitim Kanunu, 6111 Sayılı Kanunda yayımlanan “METEB içindeki Meslek Yüksekokulları Öğrencilerinin İşyerlerindeki Eğitim, Uygulama ve Mesleki Uygulama Eğitimlerine İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelik” ile “Sakarya Üniversitesi Lisans ve Ön lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin hükümlerine dayanılarak yürütülmektedir.  • İşyeri Uygulaması veya yaz stajı eğitimi gören öğrenci işletmenin çalışma koşul ve saatlerine uyacak ve eğitimini dönem boyunca tam zamanlı olarak işyerinde yapacaktır.  • 5510 sayılı kanunun 5/b ve 87/e fıkrası gereğince; Sosyal Güvenlik Kurumuna **İş Kazası ve Meslek Hastalığı için sigortalı girişi ve primi Üniversitemiz** tarafından yatırılacaktır. | | | | | | | |
|  | | | | | | **….** / ….. / 20…  **(Onay)**  **MÜDÜRLÜK** | |
|  | | | | | | | |
| **İŞYERİNİN** | | | | | | | |
| **Ünvanı** | | | **:** | | | | |
| **Adresi** | | | **:** | | | | |
| **Tel Numarası** | | | **:** | | | | |
| **Fax Numarası** | | | **:** | | | | |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | | | **:** | | | | |
| **Firmanın Vergi Numarası** | | | **:** | | | | |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | | | **:** | | | | |
| **E-Posta Adresi** | | | **:** | | | | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | | | **:** | | | | |
| Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.  İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN | | | | | | | |
|  | | | | | (Unvanı) Adı Soyadı  Mühür ve İmza | | |
|  | | | | | | | |
| **UYGUNDUR** | | | | | | | |
| **/ /** | | | | | | | |
| **Meslek Yüksekokulu Program Başkanı** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**Not : 1-** Öğrenci 3 (Üç) adet Staj Kabul Formunu staj başlangıç tarihinden en geç on (10) gün önceden ilgili eğitim (okul) staj birimine teslim etmek zorundadır.

**2-** Staj Kabul Formuna 1 (Bir) adet Kimlik Kartı (nüfus cüzdanı) fotokopisi eklenecektir.

**3**- Staj Kabul Formu düzenlenmeyen ve Staj Biriminden **Sigorta Giriş Bildirgesi** almayan öğrenci işyeri uygulamaları eğitimine başlayamaz. Budurumda yapılacak staj kabul edilmez.