# T.C

Son 6 ay içerisinde çekilmiş bir fotoğrafınızı yapıştırınız



**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ Dinar Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu**

**Staj Başvuru Formu**

***Sayın Firma/Kurum Yetkilisi***,

Yüksekokulumuz öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar 20 iş günü staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını ……… iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

## ÖĞRENCİNİN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı – Soyadı |  | | |
| Öğrenci No |  | Kimlik No |  |
| Telefon No. |  | E-posta |  |
| İkametgâh Adresi |  | | |

**STAJ YAPILAN YERİN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı |  | Yetkilinin Adı - Soyadı  İmza ve Kaşe |
| Adresi |  |
| Telefon No |  |
| Fax No |  |
| E-posta |  |
| Web Adresi |  |
| Staj Başlangıç Tarihi | ……… **/** ……… **/** ………… | Staj Süresi  ………. (İş günü) |
| Staj Bitiş Tarihi | ……… **/** ……… **/** ………… |

**ÖĞRENCİ ONAYI DANIŞMAN ONAYI BİRİM ONAYI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen firma ile ilgili staj evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim  **Tarih: İmza:** | Başvuru evrakları tam ve doğru olarak doldurulmuştur.  **Tarih: İmza:** | Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır  **Tarih: İmza:** |

**ÖNEMLİ NOT:** Bu belgenin staja başlama tarihinden en az 15 gün önce kimlik fotokopisi ile birlikte tahakkuk birimine teslim edilmesi zorunludur.

Staj süresince iş kazası geçirmem durumunda **3 (üç) gün** içerisinde Turizm Fakültesi Dekanlığı’na bildirmeyi taahhüt ediyorum. Aksi takdirde tüm sorumluluk tarafıma aittir.

### Taahhüt Eden Öğrencinin;

**Adı – Soyadı İmzası**

3

STAJ SİGORTA FORMU

# T.C.

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ Dinar Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Müdürlüğü’ne**

Yüksekokulunuz ..…. Sınıf ……..………… numaralı ...…………………………….………………...

Bölümü öğrencisiyim. Zorunlu stajımı yapacağımdan dolayı aşağıda belirtmiş olduğum beyan doğrultusunda, stajda bulunduğum süre içerisinde İş Kazası ve Meslek Hastalığı / Genel Sağlık Sigortası için gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim. 5510 Sayılı Kanunun 5. Maddesi (b) bendi (Değişik:13/2/2011-6111/24 md.) ve aşağıda verdiğim bilgilerin doğruluğunu ve verdiğim bilgilerin gerçeğe aykırı olduğu durumlarda 5510 Sayılı Kanunun 61. ve 102. maddeleri uyarınca verilecek idari cezaların sorumluluğun tarafıma ait olduğunu beyan ederim.

## NOT: Aşağıda belirtmiş olduğum bilgilerin doğruluğunu kabul eder, herhangi bir değişiklik olması durumunda tekrar beyanda bulunacağımı bildiririm.

**ÖĞRENCİNİN**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **☐** | Ailemden, annem/babam üzerinden, kamu/özel sektörde çalışmamdan dolayı genel sağlık  sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.** | | |
| **2** | **☐** | Ailemden, annem/babam üzerinden, kamu/özel sektörde çalışmamdan dolayı genel  sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. | | |
| **2. seçenek işaretlendiğinde doldurulacaktır.** | | **Sağlık yardımı alınan kişi: ☐** Annem **☐** Babam **☐** Diğer ( ) belirtiniz  **Üzerinden sağlık yardımı alınan kişinin:** | | |
|  | **T.C. Kimlik No** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Sosyal Güvencesi: ☐** SSK (4a) **☐** BAĞ-KUR (4b) **☐** Emekli Sandığı (4c) | | |

**İmza**:...…………………………………

**Tarih**:...…………………………………

**Not1:** Bu belge tahakkuk birimine teslim edilecektir.

**Not2:** Sigortalı işe giriş bildirgesi iki farklı yolla alınabilir; a) staj başlangıcından on gün önce tahakkuk biriminden elden teslim alınabilir, b) **[dubyo@aku.edu.tr](mailto:dubyo@aku.edu.tr)** adresine isim-soy isim ve T.C. bilgilerini göndererek mail üzerinden isteyebilirler.