# 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 Yüksekokul Müdürlüğü’ne bildirmeyi taahhüt ediyorum. Aksi takdirde tüm sorumluluk tarafıma aittir.

### Taahhüt Eden Öğrencinin;

**Adı – Soyadı İmzası**

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.