



MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
MALAZGİRT MESLEK YÜKSEKOKULU
.....BÖLÜMÜ
.....PROGRAMI

ZORUNLU STAJ FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : TC NO:

Öğrenci Numarası :

Telefon Numarası (Cep / Ev) :

Yapacağı Stajın Türü / Süresi : Zorunlu Bölüm Stajı / 30 (otuz) İş Günü

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi : 06/07/2020-20/08/2020

GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYAN VE TAAHHÜDÜ

- Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle staj süresi boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.
- Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle staj süresi boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

Yukarıda belirtilen tarihler arasında 30 (otuz) iş günlük stajımı yapacağım. 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; staj süresince sağlık kurumlarından alacağım raporu Yüksekokul Müdürlüğüne 3 (üç) gün içinde bildireceğimi, bildirmediğim takdirde doğacak yasal durumdan sorumlu olacağımı beyan ve taahhüt ediyorum.

Tarih : / /

Öğrencinin İmzası

Yukarıda açık kimlik bilgileri yazılı Meslek Yüksekokulu öğrencimiz, işyerinizde staj yapmak istemektedir. Bu nedenle; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87 nci maddesinin (e) bendi hükmü uyarınca, öğrencimizin zorunlu staj olarak yapacağı döneme ilişkin 30 (otuz) iş günlük "İş Kazası ve Meslek Hastalığı" sigorta primi Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na ödenecek olup, ilgili şahsın, kurumunuzda/işletmenizde yapacağı 30 iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

(Onay)

Malazgirt Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

STAJ YAPILAN İŞYERİNİN ADI VE ÜNVANI:

ADRESİ :

TELEFON NUMARASI :

Fax Numarası:

İŞYERİ SİCİL NUMARASI :

Vergi Numarası:

Ticaret / Esnaf Odası Sicil No :

E-Posta Adresi:

Faaliyet Alanı (Sektör) :

İş Yeri İBAN NUMARASI :

ÖNEMLİ NOT:Üniversitemiz öğrencilerinden staj eğitime devam edenler için alınacak devlet katkısının 3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanununa Göre İşletmelerde Mesleki Eğitim Gören Öğrencilerin Ücretlerinin Bir Kısımının İşsizlik Fonundan Karşılanmasına İlişkin Usul ve Esasların 4'üncü maddesinde belirtilen süreler esas alınarak talep edilmesi ve işletmelerin hesaplarına aktarılması için yukarıda belirtilmiş bilgilerin doğrulunu kabul ederim. Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

İşveren veya Yetkilisinin
Adı Soyadı / Ünvanı
Mühür ve İmza

UYGUNDUR / / 2020
Staj Hocasının Adı Soyadı, İmzası