



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Konya Ereğli Kemal Akman Meslek Yüksekokulu
STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı: _____
Soyadı: _____
Bölümü: _____
Yüksekokul Numarası: _____ Aktif Sigorta Durumu: VAR YOK
T.C. Kimlik Numarası : _____ Ücret Miktarı : _____

YAPILACAK STAJIN Başlama ve Bitiş Tarihleri: **01 / 08 / 2022 - 02 / 09 / 2022**

Yukarıda belirtilen tarihler arasında, müfredatımda yer alan **25 iş günlük zorunlu** stajımı yapacağım. Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde, en az bir hafta önceden Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 Sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

_____/_____/2022
Öğrencinin İmzası

ÖĞRENCİNİN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1. Öğrenci, Staj Kabul Formunu, staj başlangıç tarihinden en geç *on (10) gün önceden* Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne teslim etmek zorundadır.
2. Staj Kabul Formuna nüfus cüzdanı fotokopisi eklenerek bir (1) adet düzenlenecektir.
3. Staj Kabul Formu düzenlemeyen öğrenci staja başlayamaz.
4. SGK Sigortası olan öğrencilerin, Sigorta durumunu gösterir belgeyi de Staj Kabul Formuna eklemeleri gerekmektedir.
5. Staj yapılacak işyerinden ücret alınacaksa; **stajın bittiği ay içerisinde EK-4'teki** belgenin doldurularak, ücret alındığını gösteren **dekont** ile birlikte kurumumuza ulaştırılması gerekmektedir.

İŞVERENİN DİKKATİNE: Yukarıda kimliği belirtilen Meslek Yüksekokulumuz öğrencisinin 25 iş günü staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Üniversitemiz tarafından yapılmaktadır.

Konya Ereğli Kemal Akman Meslek Yüksekokulu
Staj Komisyon Başkanı Onayı



İŞYERİNİN

Unvanı: _____

Adresi: _____

Telefon Numarası: _____

Firma İşyeri Sicil Numarası: _____

Firmanın Vergi Numarası: _____

Odası Sicil Numarası: _____

E-posta adresi (Varsa): _____

Faaliyet Alanı (Sektör): _____

Yukarıda adı-soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı olan öğrencinin belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN

Adı Soyadı
Mühür ve İmza

BÖLÜM BAŞKANI ONAYI

Adı Soyadı
İmza