



Sayın Yetkili,

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dekanlığı
Zorunlu Staj Kabul Belgesi

FOTOĞRAF

Aşağıda açık kimlik bilgileri yazılı Bölümü öğrencimiz, 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 talebi değerlendirilmiş olup uygun bulunmuştur.

Bölüm Başkanı

İmza :

ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı		T.C. Kimlik No.																		
Öğrenci No		Öğretim Yılı	20.. - 20..																	
E-posta Adresi		Telefon No																		
İkametgâh Adresi		İl:														İlçe:				
-Kendi üzerinizden veya Aileniz üzerinden sosyal güvenceniz (sigortanız) var mı? -Devlet tarafından Genel Sağlık Sigortası Kapsamında mısınız? (Kendi veya Ailesi üzerinden Sigortası olmayanlar)												Evet <input type="checkbox"/>			Hayır <input type="checkbox"/>					

STAJ YAPILACAK YERİN BİLGİLERİ

Adı																				
Adresi																				
Üretim/Hizmet Alanı																				
Telefon No					Web Adresi															
Staja Başlama Tarihi:	/				/ 20..				Bitiş Tarihi:	/				/ 20..				Süresi:	gün	
Cumartesi Staj Yapılıyor Mu ?	Evet <input type="checkbox"/>				Hayır <input type="checkbox"/>															
İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN ONAYI Firmamızda / İşyerimizde staj yapması uygundur.																				
Adı Soyadı					İmza															
Görev ve Unvanı					Kaşe															
E-posta adresi					Tarih															

ÖĞRENCİNİN İMZASI	BÖLÜM STAJ KOM. BŞK. ONAYI	DEKAN ONAYI
Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması durumunda değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim. / / 20.. / / 20.. / / 20..