

(Ek-1)

STAJ EĞİTİMİ İŞYERİ TANITIM BELGESİ

İŞ YERİ BİLGİLERİ :

İşletme/Kurum/Kuruluş Unvanı	
Açık Adresi	
Telefon	
Faks	
E-Mail	
Verdiği Hizmet (Ürünler)	
Çalışan Mühendis/Uzman Sayısı	
Çalışan Tekniker/Teknisyen Sayısı	
Çalışan İşçi Sayısı	
Çalışan Büro Elemanı Sayısı	
Toplam Çalışan Sayısı	

İŞ YERİNDE BULUNAN BÖLÜMLER:

Lütfen aşağıda bulunan bölümlerden iş yerinde bulunanlar için 'var', olmayanlar için ise 'yok' bölümünü işaretleyiniz.

	VAR	YOK
Bakım, Onarım, Servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İmalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proje, Dizayn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma Geliştirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test ve Kontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şantiye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pazarlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevkiyat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muhasebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müşteri İlişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekreteryaya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdari Hizmetler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğerleri:		

ÖĞRENCİNİN STAJ SÜRESİNCE ÇALIŞACAĞI BİRİM	
---	--

Aşağıda adı ve soyadı yazılı öğrencinizin **30 iş günü** Endüstriye Dayalı Öğrenimini / Stajını işletme/kurum/kuruluşumuzun yukarıda belirtilen biriminde yapması uygundur. / / 20....

* *

**İşletme/Kurum/Kuruluş
ONAY**

STAJYER ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı	
Programı	
Numarası	

Bölüm Staj Kom.Üyesi (Danışman)
ONAY

Bölüm Staj Kom.Bşk.
ONAY

(Ek-2)

STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

T.C.
İSKENDERUN TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DÖRTYOL MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri bulunan Meslek Yüksekokulu öğrencimizin İskenderun Teknik Üniversitesi Dört Yol Meslek Yüksekokulu Staj Yönergesine göre 30 iş günü süreli 'ZORUNLU STAJ EĞİTİMİ' yapması gerekmektedir. İlgili öğrencinin zorunlu staj eğitimi süresince 5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 5. Maddesine istinaden ilgili SGK primi (iş kazası ve meslek hastalığı sigortası), kurumumuz tarafından karşılanacaktır.

Öğrencimizin stajını işletmemizde/kurumunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

İSTE Dört Yol Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı		Programı	
Öğrenci No		Öğretim Yılı	20..... / 20.....
T.C.Kimlik Num.		Doğum Yeri	
E-Posta Adresi		Doğum Tarihi	

STAJ YAPILAN YERİN

Adı			
Adresi			
Staj Başlangıç Tarihi	...../...../20.....	Staj Bitiş Tarihi	...../...../20.....

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı ve Soyadı			
Görev ve Ünvanı			
e-Posta Adresi		Kurumumuzda/işletmemizde staj yapması uygundur.	**
Tarih	...../...../20...	İmza/kaşe →	

ÖĞRENCİ SGK BİLGİLERİ (Size Uygun Seçenekleri (X) ile işaretleviniz.)

- Anne/Baba/Eş üzerinden sağlık sigortası kapsamında **sağlık güvencem var.**
- Kendim Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumuna tabi olarak çalıştığım dan **kendi sağlık güvencem var.**
- Genel Sağlık sigortası kapsamında **sağlık güvencem var.**
- Ailem(Anne/Baba/Eş) ya da kendi üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.**

BÖLÜM STAJ KOMİSYONU			Öğrenci
Kom.Başkanı (Bölüm Başk.)	Kom.Üyesi (Danışman)	Komisyon Üyesi	
ONAY	ONAY	ONAY	Yukarıda bildirdiğim yerde zorunlu Staj Eğitimimi belirtilen tarihler arasında 30 iş günü olarak yapacağımı, bu belge üzerindeki tüm bilgilerin doğruluğunu, staj başlama tarihinin değişmesi yada staj yapmaktan vazgeçmem halinde en az 3 gün öncesinden okuluma bilgi vereceğimi, aksi halde ilgili Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak ceza ve yükümlülükleri kabul ettiğimi, yukarıda verdiğim SGK beyanlarımın doğruluğunu, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı/faizinin tarafıma ödeneceğini, ayrıca staj süresince öğrendiğim olay, kişiler, isimler ve diğer bilgileri ilgisiz olmayan üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, aksi halde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi beyan ve taahhüt ederim. İmza..... Tarih:...../...../20...

Açıklama: Bu belge(Staj Başvuru ve Kabul Formu) 2 nüshadan oluşmakta olup; bir nüshası staj başlamadan en az 20 gün önce tüm imzalar tamamlanmış olarak Bölüm Başkanlığına / Böl.Sekreterliğine teslim edilir ve diğer nüshası ise staja başlama tarihinden itibaren işyerine verilir.

(Ek-2)

STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

T.C.
İSKENDERUN TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DÖRTYOL MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri bulunan Meslek Yüksekokulu öğrencimizin İskenderun Teknik Üniversitesi Dört Yol Meslek Yüksekokulu Staj Yönergesine göre 30 iş günü süreli 'ZORUNLU STAJ EĞİTİMİ' yapması gerekmektedir. İlgili öğrencinin zorunlu staj eğitimi süresince 5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanununun 5. Maddesine istinaden ilgili SGK primi (iş kazası ve meslek hastalığı sigortası), kurumumuz tarafından karşılanacaktır.

Öğrencimizin stajını işletmemizde/kurumunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

İSTE Dört Yol Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı		Programı	
Öğrenci No		Öğretim Yılı	20..... / 20.....
T.C.Kimlik Num.		Doğum Yeri	
E-Posta Adresi		Doğum Tarihi	

STAJ YAPILAN YERİN

Adı			
Adresi			
Staj Başlangıç Tarihi	...../...../20.....	Staj Bitiş Tarihi	...../...../20.....

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı ve Soyadı			
Görev ve Ünvanı			
e-Posta Adresi		Kurumumuzda/işletmemizde staj yapması uygundur.	**
Tarih	...../...../20...	İmza/kaşe →	

ÖĞRENCİ SGK BİLGİLERİ (Size Uygun Seçenekleri (X) ile işaretleviniz.)

- Anne/Baba/Eş üzerinden sağlık sigortası kapsamında **sağlık güvencem var.**
- Kendim Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumuna tabi olarak çalıştığımдан **kendi sağlık güvencem var.**
- Genel Sağlık sigortası kapsamında **sağlık güvencem var.**
- Ailem (Anne/Baba/Eş) ya da kendi üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.**

BÖLÜM STAJ KOMİSYONU			Öğrenci
Kom. Başkanı (Bölüm Başk.)	Kom. Üyesi (Danışman)	Komisyon Üyesi	
ONAY	ONAY	ONAY	Yukarıda bildirdiğim yerde zorunlu Staj Eğitimi belirtilen tarihler arasında 30 iş günü olarak yapacağımı, bu belge üzerindeki tüm bilgilerin doğruluğunu, staj başlama tarihinin değişmesi yada staj yapmaktan vazgeçmem halinde en az 3 gün öncesinden okulumla bilgi vereceğimi, aksi halde ilgili Sağlık Sigortası Kanunu gereği doğacak ceza ve yükümlülükleri kabul ettiğimi, yukarıda verdiğim SGK beyanlarımın doğruluğunu, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı/faizinin tarafımda ödeneceğini, ayrıca staj süresince öğrendiğim olay, kişiler, isimler ve diğer bilgileri ilgisi olmayan üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, aksi halde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi beyan ve taahhüt ederim.
Tarih:...../...../20...	Tarih:...../...../20...	Tarih:...../...../20...	İmza..... Tarih:...../...../20...

Açıklama: Bu belge (Staj Başvuru ve Kabul Formu) 2 nüshadan oluşmakta olup; bir nüshası staj başlamadan en az 20 gün önce tüm imzalar tamamlanmış olarak Bölüm Başkanlığına / Böl. Sekreterliğine teslim edilir ve diğer nüshası ise staja başlama tarihinden itibaren işyerine verilir.