



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
..... FAKÜLTESİ/YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ FORMU

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz yapmakla yükümlü olduğu stajını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 87 maddesinin e bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin zorunlu staj dönemine ilişkin iş gününü kapsayan "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta Primi" Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecektir.

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı			
Öğrenci No		Öğretim Yılı	
e-posta adresi		Telefon No	
İkametgah Adresi			
Öğrencinin İmzası		Staj Komisyonunun İmza ve Kaşesi	

STAJ YAPILAN YERİN

Adı			
Adresi			
Faaliyet Alanı			
Telefon No		e-posta adresi	
Staja Başlama Tarihi		Staj Bitiş Tarihi	
Staj Süresi		Haftalık Staj Yapılacak Gün Sayısı	
Yetkilinin Adı Soyadı			
Görev ve Unvanı		İmza ve Kaşe	
e-posta adresi			
Telefon No			

ÖNEMLİ NOT: 5510 sayılı Kanun gereği staja başlama ve bitiş tarihi ile haftalık yapılacak staj günü işveren tarafından doldurulacak, işverenin beyanı esas alınacaktır. Beyan eksikliğinden kaynaklanan sorunlardan öğrenci ve işveren sorumlu olup, Üniversitemizin sorumluluğu bulunmamaktadır.