



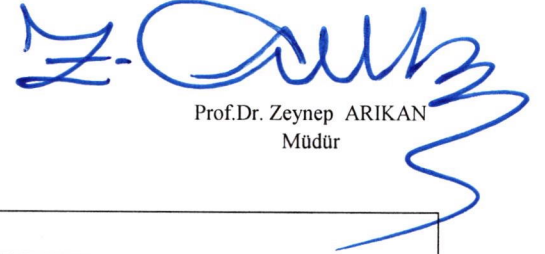
T.C.

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**İzmir Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**



**EDÖ / STAJ BAŞVURU FORMU**

Yüksekokulumuz.....Programı..... numaralı öğrencimiz.....Yüksekokulumuz bünyesinde yapması zorunlu olan edö/stajını 01.07./2024 - 26.08./2024 tarihleri arasında kurumunuzda/işyerinizde 40 iş günü (8 Hafta) süre ile yapmak istemektedir. Adı geçen öğrencimizin sigortası Yüksekokulumuz tarafından karşılanacak olup göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

  
Prof. Dr. Zeynep ARIKAN  
Müdür

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

ADI VE SOYADI		PROGRAMI	
ÖĞRENCİ NUMARASI		TELEFON NO	
T.C. KİMLİK NUMARASI		ADRES	

İzmir Meslek Yüksekokulu Mesleki Staj Yönergesi ve Uygulama Esaslarına uyacağıma, Staj Dosyamı ilan edilecek tarihte teslim edeceğime, zorunlu meslek stajımı aşağıda adı ve adresi verilen iş yerinde belirtilen tarihler arasında yapacağıma ve bunlara uymamam durumunda "5510 Sayılı Kanun'un 4/1-A kapsamında çalıştırılan sigortalılar" için yatırılan prim tutarını asıl sigorta primleri ve ferileriyle birlikte ödeyeceğimi taahhüt eder gereğini arz ederim.

Öğrenci Adı Soyadı :

Tarih : ...../...../.....

İmza :

**KURUM / İŞYERİ BİLGİLERİ**

KURUM ADI / İŞYERİ ADI		FAKS NUMARASI	
TELEFON NUMARASI		E-MAİL ADRESİ	
ADRESİ		KURUM/İŞLETME ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI	
KURUM İŞLETME VERGİ DAİRESİ ADI VE VERGİ NUMARASI		KURUM/İŞLETME BANKA/ŞUBE ADI VE İBAN NUMARASI	
ÖĞRENCİYE SAĞLANACAK İMKANLAR	ÜCRET <input type="checkbox"/>	YEMEK <input type="checkbox"/>	SERVİS <input type="checkbox"/>

**KURUM / İŞYERİ YETKİLİSİ**

Adı geçen öğrencinizin yukarıda yazılı tarihler arasında kurumumuzda / işyerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

ADI VE SOYADI		İMZA	
GÖREVİ		KAŞE / MÜHÜR	
TARİH	...../...../.....		

**YÜKSEKOKUL STAJ PROGRAM KOORDİNATÖRÜ**

Adı geçen öğrencimizin ilgili kurumda / işyerinde staj yapması uygundur.

ADI VE SOYADI		TARİH	...../...../.....	İMZA	
---------------	--	-------	-------------------	------	--



T.C.

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**İzmir Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**



**5510 SAYILI SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI  
KANUNU KAPSAMINDA STAJ YAPAN ÖĞRENCİYE AİT BİLGİ FORMU**

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ:**

ADI											
SOYADI											
ÖĞRENCİ NO											
BÖLÜM											
ÖĞRENİM TÜRÜ	İKİNCİ ÖĞRETİM <input type="checkbox"/>					ÖRGÜN ÖĞRETİM <input type="checkbox"/>					

**STAJ BİLGİLERİ:**

STAJ BAŞLAMA TARİHİ	...../...../ 20...
STAJ BİTİŞ TARİHİ	...../...../ 20...

**SİGORTA BİLGİLERİ:**

TC KİMLİK NO													
AİLENİZİN SOSYAL GÜVENCESİ VAR MI?	EVET <input type="checkbox"/>		HAYIR <input type="checkbox"/>										
YEŞİL KARTINIZ VAR MI?	EVET <input type="checkbox"/>		HAYIR <input type="checkbox"/>										
DUL YETİM AYLIĞI ALIYOR MUSUNUZ?	EVET <input type="checkbox"/>		HAYIR <input type="checkbox"/>										

**ADRES BİLGİLERİ:**

BULVAR:		CADDE:	
SOKAK:		MAHALLE/SEMT:	
DIŞ KAPI:		İÇ KAPI:	
İL:		İLÇE:	
KÖY:		POSTA KODU:	
EV TELEFONU:		CEP TELEFONU:	