**EDÖ / STAJ BAŞVURU FORMU**

Yüksekokulumuz………………………………………………………Programı…….……………………………………...... numaralı öğrencimiz…………………………………………………………..Yüksekokulumuz bünyesinde yapması zorunlu olan edö/stajını ...........................................................................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. Şebnem YAŞAR

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**

|  |
| --- |
|  |

 | **YEMEK**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

 | **SERVİS**

|  |
| --- |
|  |

 |

**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** |  |

# **Dokuz Eylül Üniversitesi İzmir Meslek Yüksekokulu Buca Eğitim Fakültesi Kampüsü Buca/İZMİR**

**TEL: 0.232.3012583-3012538-3012540 FAX: 0.232.4205181 - 4402929**

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

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| ADI |  |
| SOYADI |  |
| ÖĞRENCİ NO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BÖLÜM |  |
| ÖĞRENİM TÜRÜ | İKİNCİ ÖĞRETİM | **[ ]**  | ÖRGÜN ÖĞRETİM | **[ ]  UZAKTAN EĞİTİM [ ]**  |

 **EDÖ/STAJ BİLGİLERİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| STAJ BAŞLAMA TARİHİ |  |
| STAJ BİTİŞ TARİHİ |  |

**SİGORTA BİLGİLERİ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TC KİMLİK NO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMEKLİ,DUL, YETİM AYLIĞI ALIYORMUSUNZ ? | EVET [ ]  | HAYIR [ ]  |
| AİLENİZ TARAFINDAN YA DA KENDİNİZE AİT SGK VAR MI? | EVET [ ]  | HAYIR [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BULUNDUĞUNUZ ŞEHİR/İLÇE  |  |  |
| CEP TELEFONU: |  |  |

**ADRES BİLGİLERİ:**

**\*\*\*AİLENİZDEN VEYA KENDİNİZE AİT SİGORTALILIK DURUMUNUZ VARSA SİGORTANIZ KESİNTİYE UĞRAMAZ. YÜKSEKOKUL TARAFINDAN YAPILAN SİGORTA SADECE İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI İÇİN YAPILAN SİGORTA TÜRÜDÜR.**