



ÖĞRENCİ SİGORTA BİLGİ FORMU

Doküman No	Ö.İ.UBY.024
İlk Yayın Tarihi	05.03.2024
Revizyon Tarihi	0
Revizyon No	0
Sayfa	1/1

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

Öğrenci Bilgileri

TC Kimlik No	
Öğrenci No	
Ad	
Soyad	
Program	
Cep Telefon No	0 ()

Staj Bilgileri

Staj Başlama Tarihi	/ / 20
Staj Bitiş Tarihi	/ / 20
Çalıştığı İşletme Unvan ve Adresi	

Öğrenci Adres Bilgisi

--

Öğrencinin Bağlı Bulunduğu Sağlık Kuruluşu

SSK	<input type="checkbox"/>
BAĞKUR	<input type="checkbox"/>
EMEKLİ SANDIĞI	<input type="checkbox"/>
BULUNMUYOR	<input type="checkbox"/>

Not: SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığında görünüyorsa iseniz SGK'ya bildirim yapılacaktır.

Öğrenci Ad Soyad
(Tarih – İmza)



T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMALI BİLİMLER YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİ STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU



ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ

ADI/SOYADI			
KAYITLI OLDUĞU BÖLÜMÜN ADI			
T.C. KİMLİK NUMARASI			
SINIFI/DÖNEMİ	/		
ADRESİ			
TELEFON NUMARASI (MOBİL TELEFON NO)			
E-POSTA ADRESİ	@		
SGK KAYDI	VAR		YOK
STAJ SİGORTASI GİRİŞİ	İSTİYORUM		İSTEMİYORUM
STAJ YAPILACAK KURUM / KURULUŞ BİLGİLERİ			
KURUM/KURULUŞ ADI			
KURUM/KURULUŞ ADRESİ			
KURUM/KURULUŞ VERGİ DAİRESİ NUMARASI			
KURUM/KURULUŞ IBAN NUMARASI			
KURUM/KURULUŞ TELEFON / WEB ADRESİ			
KURUM KURULUŞ ÇALIŞAN SAYISI			
CUMARTESİ TAM GÜN MESAİ	VAR		YOK
<p>Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında Günlük stajımı yapamayacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamama ya da vazgeçmem halinde en az 10 gün öncesinden "Öğrenci İşleri Birimi" ne bilgi vereceğimi, aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeni ile doğabilecek zararları karşılayacağımı; Staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağıma, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi beyan ve taahhüt ederim.</p> <p style="text-align: right;">Tarih :...../...../.....</p> <p>Öğrencinin Adı Soyadı:</p> <p>Öğrencinin İmzası :</p>			
Yukarıda Kimlik bilgileri bulunan öğrencinin, Kurumumuzda / Kuruluşumuzdagünlük ZORUNLU STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR / GÖRÜLMEMİŞTİR.		Kurum / Kuruluş veya yetkilisi	
		Adı-Soyadı	:
		İmzası	:
		Tarih	:/...../.....
		Mühür/Kaşe	:
ÖĞRENCİNİN			
BAŞVURU YAPTIĞI STAJ BİRİMİ:			
STAJ BAŞLAMA TARİHİ:/...../.....	STAJ BİTİŞ TARİHİ :/...../.....	Staj Süresi.....gün	
Bölüm Staj Komisyonu Başkanı			
Adı ve Soyadı :		İmzası :	
Bölüm Staj Komisyonu Üyesi		Bölüm Staj Komisyonu Üyesi	
Adı ve Soyadı :		Adı ve Soyadı :	
İmzası :		İmzası :	



İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM BİLGİ FORMU

Doküman No	Ö.İ.UBY.025
İlk Yayın Tarihi	05.03.2024
Revizyon Tarihi	0
Revizyon No	0
Sayfa	1/1

İŞLETME ÜNVANI	
İŞLETME ADRESİ	
İŞLETME TELEFON NUMARASI	
İŞLETME E-MAIL ADRESİ	
SGK İŞYERİ SİCİL NO	
İŞLETMEDE ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI (STAJYERLER HARİÇ)	
İŞLETME BANKA HESAP ADI	
İŞLETME BANKA IBAN NUMARASI	
YAPILAN ÖDEME TUTARI	

İRTİBAT KURLACAK KİŞİLERİN

	ADI SOYADI	GÖREVİ	TELEFON NO	E-MAIL ADRESİ
1				
2				

İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN

ADISOYADI	TC KİMLİK NO	TELEFON NO	STAJ BAŞLANGIÇ TARİHİ	STAJ BİTİŞ TARİHİ	STAJ YAPTIĞI GÜN SAYISI	DEVAM ETMEDİĞİ GÜN SAYISI

AÇIKLAMA:

3308 Sayılı Kanunun geçici 12. maddesi gereğince öğrencilere, aynı kanunun 25. maddesinin 1. fıkrası kapsamında yapılacak ödemeler, asgari ücretin net tutarının yüzde otuzundan az olamaz. Mesleki eğitim görülen işletmede; yirmiden az personel çalışıyor ise ödenebilecek en az ücretin üçte ikisi, yirmi ve üzeri personel çalışıyor ise ödenebilecek en az ücretin üçte biri, 4447 Sayılı Kanunun 53. Maddesinin üçüncü fıkrasının (B) bendinin (b) alt bendi için ayrılan tutardan devlet katkısı olarak ödenir.

İşletmeler, öğrenci ile yapılan sözleşmede belirlenen öğrenci adına gönderilecek Devlet Katkısı tutarı ve işletme payına düşen tutarı her ayın onuncu gününe kadar öğrencinin banka hesabına öder. İşletmelerce ödenen Devlet Katkısı tutarı aynı ayın en geç yirmi beşinci gününe kadar işletmelere Üniversitemiz tarafından ödenir.

Beyan edilen bilgilerin yanlış olması nedeniyle ödenecek olan Devlet Katkısından yersiz olarak yararlandığım takdirde cezai işlem sorumluluğunu kabul ediyorum.

---/---/20....

İşletme Yetkilisinin

Adı Soyadı Kaşe-İmza



STAJ AYRILIŞ FORMU

Doküman No	Ö.İ.UBY.026
İlk Yayın Tarihi	05.03.2024
Revizyon Tarihi	0
Revizyon No	0
Sayfa	1/1

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

UYGULAMALI BİLİMLER YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulunuz.....Bölümü,.....numaralı
..... isimli öğrenciniz günlük stajını nedeniyle tamamlamadan
işletmemizden ayrılmıştır. SGK çıkış işlemlerinin...../...../20... tarihi itibarıyla yapılması için gereğini
bilgilerinize sunarım.

.../.../20...

(Tarih/İmza/Kaşe)

.....
Staj Yeri Yetkilisinin Unvanı/Adı - Soyadı

DEÜ Merkez Yerleşkesi Kuruçesme Mah. 205/60 Sok No:1 BUCA-İZMİR

Öğrenci İşleri E-posta : uby@deu.edu.tr

Web Adresi: <http://uby.deu.edu.tr/>