**T.C.**

**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİLİK FAKÜLTESİ**

**ENDÜSTRİYEL TASARIM MÜHENDİSLİĞİ 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 | | | 20…. /20…. | | | | |
| E-posta adresi |  | | | | | | Telefon Nu | | | 0 ( ) | | | | |
| İkametgâh Adresi |  | | | | | | | | | | | | | |
| Öğrencinin İmzası | | | | | | Ad Soyad İmza  Staj Komisyonu | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **STAJ YAPILAN İŞYERİNİN** | | | | | | | | | | | | | | |
| Adı | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adresi | |  | | | | | | | | | | | | |
| Faaliyet Alanı | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon No | |  | | | | | | | | | | | | |
| Staj Başlama Tarihi | | …. / .… / 20… | | | Staj Bitiş Tarihi | | | | | | …. /.… / 20…. | | | |
| Staj Süresi (Gün) | |  | | | Haftalık Çalışma (Gün) | | | | | |  | | | |
| Yetkilinin Adı Soyadı | |  | | | | | | Kaşe ve İmza | | | | | | |
| Görev ve Unvanı | |  | | | | | |
| E-posta adresi | |  | | | | | |
| Telefon Nu | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  |  | | | |  |  | | |  |  | | |  |  | |  | |

**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.**