



SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
DENİZCİLİK MESLEK YÜKSEKOKULU



ZORUNLU BÖLÜM STAJI KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı	:	
Yüksekokul Numarası	:	TC NO:
Programı	:	
Telefon Numarası (Cep / Ev)	:	05 - - - - -
Yapacağı Stajın Türü / Süresi	:	Zorunlu Bölüm Stajı / 30 (Otuz) İş Günü
Staj Başlama ve Bitiş Tarihi	: / / - / /

GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYAN VE TAAHHÜDÜ

- Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle staj süresi boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.
- Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle staj süresi boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

Yukarıda belirtilen tarihler arasında 30 (Otuz) iş günlük stajımı yapacağım. Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi; staj süresince sağlık kurumlarından alacağım raporu Yüksekokul Müdürlüğüne 3 (üç) gün içinde bildireceğimi, bildirmedığım takdirde doğacak yasal durumdan sorumlu olacağımı beyan ve taahhüt ediyorum.

Tarih : / /

Öğrencinin İmzası

Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca Öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

(Onay)

Denizcilik Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

İŞYERİNİN

Ünvanı	:	
Adresi	:	/
Tel Numarası	:	Fax Numarası:
Firma İşyeri Sicil Numarası	:	Vergi Numarası:
Ticaret / Esnaf Odası Sicil No	:	E-Posta Adresi:
Faaliyet Alanı (Sektör)	:	

Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

İşveren veya Yetkilisinin
Adı Soyadı / Ünvanı
Mühür ve İmza

UYGUNDUR / / 20..

Danışman Öğretim Elemanının Adı Soyadı, İmzası