

EK-2. Öğrenci Staj Başvuru ve Kabul Formu

ESKİŞEHİR TEKNİK ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİ STAJ BAŞVURU VE KABUL FORMU

Sayı :

...../...../.....

Konu : Staj Başvurusu

İlgili Makama,

Fakültemiz öğrencilerinin mezun olabilmeleri için eğitimleri ile ilgili kurum/kuruluşlarda staj yapma zorunlulukları vardır. Staj için öğrencilerin sigorta işlemleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası gereğince Fakülte tarafından yapılmaktadır. Aynı kanununun 13 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince stajyerin işyeri kazasına uğraması durumunda aynı gün içinde yetkili kolluk kuvvetlerine ve Fakültemize bilgi verilmesi zorunludur.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kurum/kuruluşunuzda işgünü staj yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Fakültemize iletilmesini arz/rica ederim.

Dekan

| ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ | |
|--|--|
| Adı-Soyadı | ..... |
| Kayıtlı Olduğu Bölümün Adı | ..... |
| T.C. Kimlik Numarası | ..... |
| Sınıfı/Dönemi |/..... |
| Adresi | ..... ..... |
| Telefon Numarası (Mobil Telefon No.) | ..... |
| E-posta Adresi |@..... |
| SGK Kaydı | Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> |
| STAJ YAPILACAK KURUM/KURULUŞ BİLGİLERİ | |
| Kurum/Kuruluş Adı | ..... |
| Kurum/Kuruluş Adresi | ..... |
| Kurum/Kuruluş Üretim/Hizmet Alanı | ..... |
| Telefon/E-posta |/..... |
| Kurum/Kuruluş Web Adresi | ..... |
| Cumartesi tam gün mesai | Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> |
| Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında günlük stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamam ya da stajdan vazgeçmem hâlinde en az 10 gün önceden "Öğrenci İşleri Birimi"ne bilgi vereceğimi aksi taktirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı; staj süresince öğrendiğim olayları, kişileri, isimleri ve diğer bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmayacağımı, paylaştığım takdirde her türlü sorumluluğu üstleneceğimi beyan ve taahhüt ederim. Öğrencinin İmzası : Öğrencinin Adı-Soyadı:..... | |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin kurumumuzda/kuruluşumuzda günlük ZORUNLU STAJINI YAPMASI UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR/GÖRÜLMEMİŞTİR. | Kurum/Kuruluş veya Yetkilisi Adı-Soyadı : İmzası : Tarih :/...../..... Mühür/Kaşe : |
| ÖĞRENCİNİN; | |
| BAŞVURU YAPTIĞI STAJ TÜRÜ: | |
| STAJ BAŞLAMA TARİHİ :/...../..... | Staj Süresi : gün |
| STAJ BİTİŞ TARİHİ :/...../..... | |
| Bölüm Staj Komisyonu Başkanı | |
| Adı-Soyadı : | İmzası : |

ÖNEMLİ NOT: Öğrencinin bu formu staja başlamadan önce Öğrenci Staj Kılavuzunda belirtilen tarihe kadar "Bölüm Staj Komisyonu"na teslim etmesi zorunludur. Bu form **3 asıl kopya** olarak hazırlanmalıdır (1 kopya kurum/kuruluşta kalacak, 1 kopya Bölüm Staj Komisyonu'na öğrenci tarafından teslim edilecektir, 1 kopya da öğrenci de kalacaktır.)

AP-2. Internship Application and Acceptance Form

Issue: /.../.....

ESKİŞEHİR TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF ENGINEERING
INTERNSHIP APPLICATION AND ACCEPTANCE FORM

Subject: Internship Application

To Whom It May Concern,

Students of the Faculty of Engineering are required to complete an internship at institutions/organizations pertaining to their education. As per the sub-paragraph (a) of the second paragraph of article 13 of the aforementioned Law, in the event that an occupational accident occurs, the authorized law enforcers as well as our faculty have to be notified.

If our student, whose information and record(s) are given below, is accepted as an intern in your company for days, please fill in and confirm the required fields of this form below and send it back to our faculty.

Dean

| ID INFORMATION OF THE STUDENT | | |
|---|---|--|
| Name-Surname |  | ..... |
| Name of the Department |  | ..... |
| ID Number |  | ..... |
| Class/Semester | |/..... |
| Address |  | ..... |
| Phone Number | | Phone: Mobile: |
| E-mail Address | |@eskisehir.edu.tr |
| Registered in Social Security System | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| INTERNSHIP INFORMATION | | |
| Name of the Internship Place |  | ..... |
| Internship Organization Address |  | ..... |
| Internship Organization's Field of Operation |  | ..... |
| Authorized Person |  | ..... |
| Phone Number /E-mail | | Phone: E-mail: |
| Web Address of Internship Place |  | ..... |
| <p>I hereby declare and guarantee that the information and record(s) submitted as indicated above are correct and I will carry out days internship programme and in case I fail to start or have to withdraw from the internship programme or have made any changes to my internship, I will submit the “<i>Internship Site Change/Cancellation Form</i>” to the Office for Student Affairs of the Faculty at least 3 days in advance; otherwise I will compensate for the pecuniary damages which may arise due to the unpaid Social Security premiums.</p> <p style="text-align: right;">Name and Surname of Student:/...../..... Student's Signature :</p> | | |
| <p>IT IS APPROPRIATE/NOT APPROPRIATE to have daily compulsory internship of the student in our <u>institution/organization</u> whose ID information is above.</p> | <p><u>Institution/Organization or Authorized Person</u> Name-Surname : Signature : Date :/...../..... Seal/Stamp :</p> | |
| | <p>STUDENT'S;</p> | |
| | <p>INTERNSHIP TYPE APPLIED TO:.....</p> | |
| | <p>INTERNSHIP START DATE :/...../.....</p> | |
| <p>INTERNSHIP COMPLETION DATE :/...../.....</p> | | |
| <p><u>Head of Programme Internship Commission</u></p> <p>Name-Surname : Signature :</p> | | |

ATTENTION: The student must deliver this form during the indicated period in the Internship Manual of the Department before start of internship to the **Internship Commission of the Department**. This form must be prepared in **3 original copies** (one copy for the Institute/Organization, one copy for the Departmental Internship Commission.).