

STAJ YAPACAK ÖĞRENCİLERİMİZİN DİKKATİNE!

BAŞVURULAR 01 OCAK - 01 ŞUBAT 2019 TARİHLERİ ARASINDA YAPILACAKTIR.

YASAL DÜZENLEMELER NEDENİYLE STAJ YAPACAKLARIN SİGORTALANMASI ZORUNLU OLUP SİGORTA PRİMLERİ ÜNİVERSİTEMİZ TARAFINDAN ÖDENMEKTEDİR.

SGK İŞLEMLERİ İÇİN GEREKEN SÜRE NEDENİYLE SON BAŞVURU TARİHİNDEN SONRA YAPILAN BAŞVURULAR DİKKATE ALINMAYACAKTIR.

ANA DAL STAJI İÇİN KULÜP, YARDIMCI DAL STAJI İÇİN KURUMLARIN, DERSİN DANIŞMANI ÖĞRETİM ELEMANI İLE BİRLİKTE BELİRLENMESİ GEREKMEKTEDİR.

İLGİLİ ÖĞRENCİLERİN; DÖNEMİNİN UZAMAMASI İÇİN GEREKLİ İŞLEMLERİNİ SON BAŞVURU TARİHİNDEN ÖNCE YAPTIRMAYA ÖZEN GÖSTERMELERİ GEREKMEKTEDİR.

STAJ YERİ VE DİĞER KONULAR HAKKINDA İLGİLİ BÖLÜM DANIŞMANLARIYLA GÖRÜŞÜLMESİ GEREKMEKTEDİR.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİRİM DIŞI UYGULAMA (STAJ) FORMU

FOTOĞRAF

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimlik bilgileri bulunan Lisans Programı öğrencimizin, 14 hafta Birim Dışı Uygulama (Staj) yapma isteği vardır. Öğrencimizin kurumunuzda/işletmemizde yapacağı 14 hafta staj isteğinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

..... Bölüm Başkanı

Adı Soyadı:			
Fakülte:	Spor Bilimleri Fakültesi	Öğretim Yılı:	2018-2019 Eğitim-Öğretim Yılı Bahar Yarıyılı
Bölümü:		Öğrenci No:	
e-posta Adresi:		Telefon No:	
Staj Türü:	<input type="checkbox"/> Spor Yönetimi Stajı <input type="checkbox"/> Ana Dal Stajı (.....) <input type="checkbox"/> Yardımcı Dal Stajı (.....)		

STAJ YAPILAN YERİN

ADI/ÜNVANI:			
ADRESİ:			
ÜRETİM/HİZMET ALANI:			
TELEFON NO:		Faks No.:	
e-posta Adresi:		Web Adresi:	
Staja Başlama Tarihi:	11 Şubat 2019	Bitiş Tarihi:	17 Mayıs 2019
Süresi (Hafta):	14 Hafta		

İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN

Adı Soyadı:			
Görev ve Ünvanı:	Kurumumuzda/işletmemizde staj yapması uygundur.		
e-posta Adresi:			
Tarih:			
İmza/Kaşe			

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ (Staj başvurusu kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.)

Soyadı:		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl:	
Adı:		İlçe:	
Baba Adı:		Mahalle - Köy:	
Ana Adı:		Cilt No:	
Doğum Yeri:		Aile Sıra No:	
Doğum Tarihi:		Sıra No:	
T.C. Kimlik No.:		Verildiği Yer:	
N.Cüzdan Seri No.:		Veriliş Nedeni:	
(Varsa) S.S.K. No.:		Veriliş Tarihi:	

Öğrencinin Adres Bilgisi
(Mahalle, Sokak, Kapı Numaralarının açık olarak yazılması gerekmektedir).

ÖĞRENCİNİN İMZASI	STAJDAN SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI ONAYI	FAKÜLTE ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, staj evrakının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. Tarih:	Tarih:	

Fotoğraf yapıştırılarak düzenlenecek olan bu form ile birlikte; 1 adet kimlik fotokopisi, 1 adet SGK beyan formu en son 01 Şubat 2019 tarihine kadar İdaremize teslim edilmelidir.

5510 sayılı yasa gereğince Birim Dışı Uygulama Staj başvurusunda bulunan öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerinin ödeme yükümlüsü İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğüdür.

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5inci maddesinin b bendi gereği, Birim Dışı Uygulamaya (Staj) tabi olarak çalışmaktayım.

Aşağıda işaretlediğim kurumdan veya ailemden sağlık yardımı almaktayım/harhangi bir sağlık yardımı almıyorum.

- 1- Annem veya babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım.
- 2- Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var.
- 3- Bağ-Kur'a tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var.
- 4- Emelki Sandığına tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var
- *5- Üniversitemiz üzerinden sağlık yardımı almaktayım (üniversite sağlık karnem var).
- *6- Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum.

*** (5 veya 6 bölümü işaretleyenler dilekçenin alt bölümünü de dolduracaklardır)**

T.C. KİMLİK :

ADI-SOYADI :

YÜKSEKOKUL NO :

İKAMETGAH ADRESİ :

TEL/GSM :

ÇALIŞTIĞI BİRİM :

İMZA :

Bu bölümde herhangi bir sosyal güvencesi olmayan veya Üniversitemiz tarafından sağlık yardımı yapılan öğrenciler tarafından doldurulacaktır.

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Anne, baba veya bana bakmakla yükümlü herhangi bir yakınımın sosyal güvencesi olmadığından ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı vb.) tabi olarak çalışmadığımdan dolayı 5510 sayılı Kanunun 5inci maddesinin be bendine 6111 sayılı Kanunun 24üncü maddesi ile eklenen "..... ve bunlardan bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar hakkında ayrıca genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır." hükmü gereğince genel sağlık sigortası tescilimin yapılmasını talep ediyorum.

T.C. KİMLİK :

ADI-SOYADI :

İMZA :