T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
..... FAKÜLTESİ
BİRİM DIŞI UYGULAMA (STAJ) FORMU

FOTOĞRAF

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı ..... Bölümü öğrencimizin, ... iş günü Birim Dışı Uygulama (Staj) yapma isteği vardır. Öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde yapacağı ..... iş günü staj isteğinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

Adı Soyadı			
Fakülte		**Öğretim Yılı**	
Bölümü/Program		**Telefon No**	
e-posta adresi			
İkametgah Adresi			

STAJ YAPILAN YERİN

ADI/ÜNVANI					
ADRESİ					
ÜRETİM/HİZMET ALANI					
TELEFON NO			Faks No		
e-posta Adresi			Web Adresi		
Staja Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Süresi (gün)	

İŞVEREN/YETKİLİNİN

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

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

Soyadı		**Nüf. Kay. Olduğu il**	
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) SSK No		**Veriliş Tarihi**	
Öğrencinin Adres Bilgisi: (Mahalle,Sokak,Kapı Numaralarının açık olarak yazılması gerekmektedir.			

ÖĞRENCİNİN İMZASI	**STAJ KOMİSYONU ONAYI**	**FAKÜLTE ONAYI**
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, staj evrakının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. Tarih :	Tarih :	Sosyal Güvenlik Kurumuna staja başlama giriş işlemi yapılmıştır. Tarih :

- Bu formu **Birim Dışı Uygulamaya (STAJ)** başlama tarihinden en az 10 gün önce 3 Adet SGK Beyan Formu, kimlik fotokopisi, öğrenci kimlik fotokopisi ve 2 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte öğrencinin bağlı bulunduğu ilgili fakültenin staj sorumlusuna teslim edilmesi zorunludur.

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
..... FAKÜLTESİ
BİRİM DIŞI UYGULAMA (STAJ) FORMU

FOTOĞRAF

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda kimlik bilgileri yazılı ..... Bölümü öğrencimizin, ... iş günü Birim Dışı Uygulama (Staj) yapma isteği vardır. Öğrencimizin kurumunuzda/işletmenizde yapacağı ..... iş günü staj isteğinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederiz.

Adı Soyadı			
Fakülte		**Öğretim Yılı**	
Bölümü/Program		**Telefon No**	
e-posta adresi			
İkametgah Adresi			

STAJ YAPILAN YERİN

ADI/ÜNVANI					
ADRESİ					
ÜRETİM/HİZMET ALANI					
TELEFON NO			Faks No		
e-posta Adresi			Web Adresi		
Staja Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Süresi (gün)	

İŞVEREN/YETKİLİNİN

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

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

Soyadı		**Nüf. Kay. Olduğu il**	
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) SSK No		**Veriliş Tarihi**	
Öğrencinin Adres Bilgisi: (Mahalle,Sokak,Kapı Numaralarının açık olarak yazılması gerekmektedir.			

ÖĞRENCİNİN İMZASI	STAJ KOMİSYONU ONAYI	FAKÜLTE ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, staj evrakının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. Tarih :	Tarih :	Sosyal Güvenlik Kurumuna staja başlama giriş işlemi yapılmıştır. Tarih :

- Bu formu **Birim Dışı Uygulamaya (STAJ)** başlama tarihinden en az 10 gün önce 3 Adet SGK Beyan Formu, kimlik fotokopisi, öğrenci kimlik fotokopisi ve 2 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte öğrencinin bağlı bulunduğu ilgili fakültenin staj sorumlusuna teslim edilmesi zorunludur.

BEYAN VE TAAHHÜTNAME

Üniversitemizin ..... Fakültesi/Enstitüsü ..... Bölümü öğrencisiyim. ..... biriminde/işyerinde Birim Dışı Uygulama (Stajyer) Öğrencisi olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışıyorum.

Birim Dışı Uygulama (Staj) süresi/dönemi boyunca yüksek öğrenim sorumluluğumu (ders, sınav vb) yerine getireceğimi, aksi durumunda İstanbul Üniversitesi ..... Dekanlığından herhangi bir hak talep etmeyeceğimi beyan ve taahhüt ederim.

Adı Soyadı :

T.C.Kimlik No:

Bölümü :

Öğrenci No :

İmzası :

Tarih :

ADRES BİLGİ FORMU

Öğrencinin :

Adı Soyadı : .....

Bölümü/Programı : .....

Öğrenci Numarası : .....

Gsm No :.....

E-Mail : .....@.....

İkametgah Adresi :

Bulvar : .....

Cadde : .....

Sokak : .....

Dış Kapı No : .....

İç Kapı No : .....

Mahalle/Köy : .....

Posta Kodu : .....

İlçe : .....

İl : .....

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

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

Öğrencinin Adı Soyadı
İmzası

Not: Öğrenci Yurtlarında kalan öğrencilerin de internet üzerinden staj sigorta girişlerinin sorunsuz bir şekilde yapılabilmesi için yukarıdaki bilgileri doldururken mutlaka blok ve oda kapı numaralarının yazılması gerekmektedir.

…../…../20…

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
…… FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

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

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

1- ☐ Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım

2- ☐ Sosyal Sigortalar Kurumuna tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var

3- ☐ Bağ-Kur'a tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var

4- ☐ Emekli Sandığına tabi olarak çalıştığımdan 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 : ……
FAKÜLTE NO : ……
İKAMETGAH ADRESİ : ……
: ……
TEL/GSM : ……
ÇALIŞTIĞI BİRİM : ……

İMZA : ……

---

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

…../…../20…

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
…… DEKANLIĞINA

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 5 inci maddesinin b bendine 6111 sayılı Kanunun 24 üncü 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 : ……