|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ (Öğrenci tarafından doldurulacaktır)** |
| **Adı-Soyadı** |   | **Baba Adı** |  | Gerekli ise Öğrencinin Fotoğrafı |
| **T.C. Kimlik No** |   | **Anne Adı** |  |
| **Doğum Yeri**  |   | **Cinsiyeti** | K [ ]  E [ ]  |
| **Doğum Tarihi** |   | **Uyruğu**  | TC [ ]  Diğer [ ]  |
| **Medeni Durumu** | Evli [ ]  Bekar [ ]  |
| **Cep Telefonu** |  | **E-posta** |  |
| **Ev Adresi** |  |
| Kendim sigortalı çalışıyorum / Ailemden, annem/babam/eşim üzerinden SGK genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle Staj süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. |  [ ]  |
| Herhangi bir şekilde SGK genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle Staj süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. | [ ]  |
| **Bölüm/Program** |   | **Öğrenci No** | **Sınıf** |   |
| **Kullandığınız bilgisayar programları ve derecesi \*** |  |
| **Bildiğiniz yabancı dil(ler) ve seviyesi\*** | (\*İyi, Orta ve Az olmak üzere belirtiniz) |
| Stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamı durumunda değişiklik olması halinde (evlilik, boşanma veya işe başlama vb.) hemen bilgilendireceğimi; beyanın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve diğer yasal yükümlülüklerin tarafıma ait olduğunu kabul ve taahhüt ederim. |
|
| **Tarih** |  | **İmza** |  |
| **İŞYERİ BİLGİLERİ (Öğrencinin staj yapacağı işyeri tarafından doldurulacaktır)** |
| **İşyeri Adı** |  | **İşyeri Staj Sorumlusu****Adı-Soyadı** |  |
| **Adresi** |  | **Unvanı** |  |
| **Telefonu** |  | **Staj Yapacağı Bölüm** |  |
| **Staj Başlangıç Tarihi** |  | **Staj Bitiş Tarihi** |  | **Toplamiş günü** |  |
| **Cumartesi günleri staja dahil mi?** | **Evet** [ ]  **Hayır** [ ]  |
| **Staj içeriği / Yapılacak çalışma** |  |
| **Formu Dolduran Yetkilinin****Adı-Soyadı** |  | **İmza / Kurum kaşesi** |  |
| **PROGRAM STAJ SORUMLUSU ONAYI (Öğrencinin okuldaki program staj sorumlusu tarafından doldurulacaktır)** |
| **Program Staj Sorumlusu Adı-Soyadı**  |  | **Tarih / İmza** |   |