



T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ
.....BÖLÜMÜ



İŞYERİ VE SGK İŞLEMLERİ BAŞVURU FORMU

..... ve tarihleri arasında’nda İş günü zorunlu stajımı yapmak istiyorum. Zorunlu stajıma herhangi bir nedenle başlayamam ve stajımı yarıda bırakmam halinde Dekanlık Staj Bürosuna başvurmam gerektiğine dair bilgi tarafıma iletilmiştir. Bu sorumluluğu yerine getirmedğim takdirde doğacak tüm maddi yükümlülüğü üstlenmeyi kabul ediyorum.

T.C. Kimlik No :
Adı Soyadı :
Öğrenci No :
Cep Telefon No :
Sağlık Güvencem : vardır yoktur
Adres :

...../...../202..
Öğrencinin İmzası

İLGİLİ MAKAMA

Yarıda bilgileri bulunan öğrencimizin iş günü staj yapmak zorunluluğu bulunmaktadır.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasının 5/b maddesinde Yüksek Öğrenimleri sırasında zorunlu staja tabi tutulan öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanacağı ve bunların anılan yasanın 4.maddesi 4/1-a bendi kapsamında sigortalı sayılacakları belirtilmiştir.

Staj yapan tüm öğrencilerimiz için ilgili yasa kapsamında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası üniversitemiz tarafından yapılmaktadır. Müessesenizce / Kurumunuzca uygun görüldüğü takdirde aşağıda bilgileri çıkarılan öğrencimizin stajını Müessesenizde/Kurumunuzda yapmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 14.maddesinin 2.Fıkrasının b bendinde belirtildiği üzere “İşveren, sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde Sosyal güvenlik Kurumuna bildirimde bulunur”. Hükmü gereğince bu bildirimlerin yapılmasından staj yapılan iş yerleri sorumludur.

İŞYERİ ONAYI:

UYGUNDUR

...../...../202..

(Staj Komisyon Başkanı)

Adı Soyadı