|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C:\Users\STRATEJI-3\Desktop\_TNKU_LOGO_TR.jpg** | **TNKÜ ÇORLU MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ SİGORTA BAŞLATMA İŞLEM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-342 |
| Hazırlama Tarihi: | 13.04.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 2 |

Aşağıda Açık Kimliği belirtilen öğrencimiz "Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Çorlu Mühendislik Fakültesi Staj Yönergesi” gereği toplam 60(Altmış) işgünü staj yapmakla yükümlü bulunmaktadır. Ayrıca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun ilgili maddeleri gereği Üniversitemiz tarafından staj süresi boyunca sigortalanacaktır.

Bölüm Staj Komisyon Başkanı

**Öğrencinin;**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uyruğu / T.C. Nosu |  | Kendisine Ait  Sağlık Güvencesi\* | Var | Yok |  |
| Adı Soyadı |  | Babası | Çalışıyor Çalışmıyor | Emekli | Ölü |
| Medeni Durumu |  | Babasının Sosyal Güvencesi | Var | Yok |  |
| Cinsiyeti |  | Annesi | Çalışıyor Çalışmıyor | Emekli | Ölü |
| Doğum Yeri / Tarihi |  | Annesinin Sosyal Güvencesi | Var | Yok |  |
| Bölümü |  | Ev Adresi |  |  |  |
| Öğrenci Numarası |  | Ev / Cep Telefonu |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin Staj Yapacağı Kurum veya Kuruluş** | | | |
| Firma Adı | :……………………………………………………………........... | Stajın Yapılacağı Bölüm | :………………………………………………………… |
| Adresi | :……………………………………………………………...........    ……………………………………………………………………….    ………………………………………………………………………. | Sorumlu Staj Amiri  Staj Amirinin Unvanı  Staj Amiri Telefon No | :…………………………………………………………  :…………………………………………………………  :………………………………………………………… |
| Faaliyet Alanı | :……………………………………………………………........... | İş Yeri Telefon No | :………………………………………………………… |
| * Yukarıda Kimlik Bilgileri yazılı öğrenci aşağıda belirtilen tarihler arasında işyerimizde/firmamızda/kurumumuzda …………………….. işgünü olan stajını yapacaktır. * Öğrencinin staj süresince sigorta primleri Fakültenizce karşılanacaktır. Bu nedenle; * Öğrencinin staja başlama tarihini en az 1 (bir) hafta önce Fakültenize bildireceğimi, * Öğrencinin staja başlama ve bitiş tarihlerinin değişmesi halinde en az 1 (bir) hafta önce Fakültenize bildireceğimi, * Öğrencinin staja başlamaması veya stajını tamamlamaması gibi durumlarda derhal Fakültenize bildireceğimi,     Taahhüt ederim.    Staja Başlama Tarihi : ……./……./20..... İşyeri Kaşe      Staj Bitiş Tarihi : ……./……./20..... Yetkili İmza | | | |

|  |
| --- |
| Yukarıda belirtilen firmada ……./……./20...... - ……./……./20...... tarihler arasında ………………… işgünü olan stajımı yapacağım.   * **Beyan ettiğim bilgilerin doğru olduğunu ,** * **Staja başlama tarihini ve istenilen belgeleri en az 10 gün önceden Fakültenize bildireceğimi,** * **Staja başlama-bitiş tarihleri,** * **Staj yaptığım kurum,** * **Anne-Baba sosyal güvenceleri ve diğer bilgilerde meydana gelecek değişiklikleri ivedilikle Fakültenize bildireceğimi beyan ederim. Aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.**     Teslim Tarihi : ……./……./…….. Öğrencinin Adı Soyadı :    İmza : |

\* Annesi ya da babasının sağlık güvencesi haricinde, kendine ait sağlık güvencesi olan öğrenciler “**Var”** kutusunu işaretlemelidir.