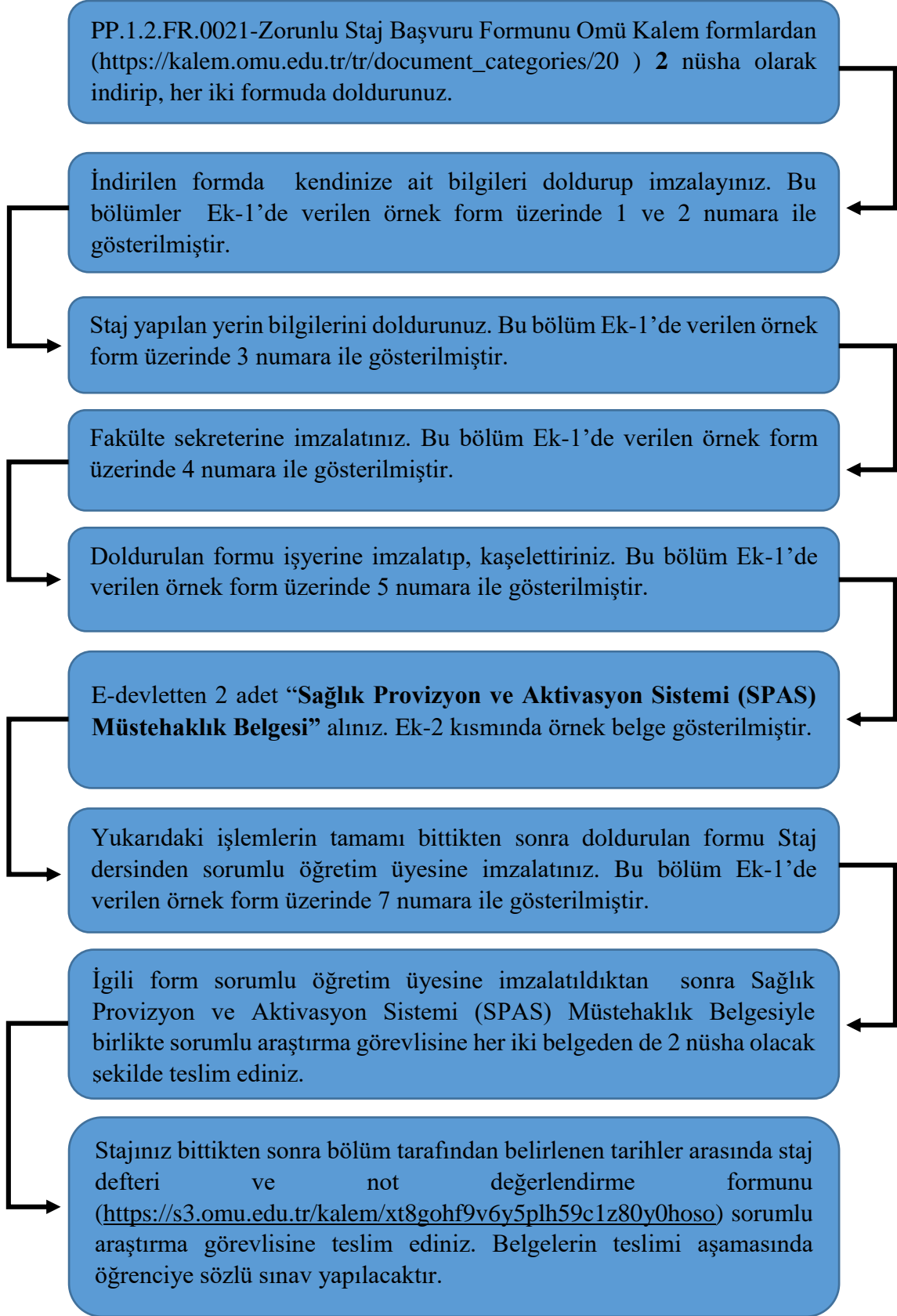


STAJ İŞ AKIŞI




EK-1

Staj Formu

- Doldurduğunuz formları aşağıda gösterilen şekilde onaylatınız.

NOT: Sorumlu öğretim üyesi için imza ve kaşeyi yapıldıktan sonra sorumlu araştırma görevlisine 2 nüsha şeklinde teslim ediniz.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
STAJ BAŞVURU FORMU

Adı Soyadı		T.C. Kimlik No	
Fakülte/YO/MYO		Bölüm/Program	
Öğrenci No		Öğretim Yılı	
E-posta adresi		Telefon No	
Staj Tercihi	Online <input type="checkbox"/>	Yüzyüze <input type="checkbox"/>	
Şu an itibarıyla herhangi bir kurum veya kuruluşta çalışıyor musunuz? Veya Şu an Adınıza S.G.K ya prim ödemesi yapılıyor mu?		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Sosyal Güvenlik Kurumları* seç Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağkur, Yesilkart, OMU		Kendi Adına <input type="checkbox"/>	Ailesinden Dolayı <input type="checkbox"/>
<small>*Ekte SGK'dan (Kurumdan veya E-devletten SPAS Müstehaklık belgesi) alınmış resmi belge sunulmalıdır. Yukarıda yazılı Kurum ve Kuruluşlar kendi adıma ya da aileden dolayı mevcut sosyal güvence durumum belirtilmiştir. 5510 Sayılı yasanın 4.maddesinin (C) bendine tabi çalışanlar (Emekli Sandığı) işyerinden izin belgeleri getirmeleri gerekmektedir.</small>			
İkametgah Adresi			
En Son Mezun Olduğu Okul		Bölüm	Mezuniyet Yılı

Aşağıda belirtilen tarihler arasında günlük stajımı yapacağım.

- Stajımın başlangıç tarihinin değişmesi halinde en az 1 hafta önceden kurum yetkilisine bilgi vereceğim.
- Staja fiilen başladıktan sonra herhangi bir sebeple stajı bırakmam halinde 3 gün içerisinde kurum yetkilisine bilgi vereceğim. Aksi halde 5510 Sayılı Kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Tarih
Öğrenci
(Adı Soyadı – İmzası)

Yukarıda kimliği verilen öğrencinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır. Adı geçen öğrencimizin kuruluşunuzda staj yapması için gösterdiğiniz ilgiye teşekkür eder tüm staj evraklarını kapalı zarf içerisinde tarafımıza ulaştırılmasını rica eder çalışmalarınızda başarılar dileriz. Tarih

Fakülte/YO/MYO Yetkilisi
(Adı Soyadı – İmzası)

STAJ YAPILAN YER BİLGİLERİ

Adı		İşletmede Çalışan Personel Sayısı	
Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı			
Telefon No		Faks No.	
E-posta adresi		Web Adresi	
Staja Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi	Süresi(gün)	

İŞVEREN VEYA YETKİLİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı		Görev ve Unvanı	
E-posta Adresi		Tarih İmza / Kaşe	
Bölüm/Program Staj Yetkilisi (Adı Soyadı – İmzası)			

AÇIKLAMALAR: Öğrencinin, Zorunlu Staj Formunu, 3 asıl nüsha halinde, zorunlu staja başlama tarihinden en az 30 gün önce kimlik fotokopisi ile birlikte ilgili bölüm sekreterliğine teslim etmesi zorunludur.

PP1.2.FR.0021, R2, Nisan 2021

Sayfa 1 / 1

Aşağıda yapılması gerekenler işlem sırasına göre numaralandırılmıştır

Kendi Bilgilerinizi Doldurunuz 1

Bu bölüm için e-devletten SGK'lı olup olmadığınızı gösteren belgeden 2 adet çıktı alabilirsiniz ve formlarla birlikte teslim ediniz. 6

Kendi Bilgilerinizi Doldurunuz ve imzalayınız 2

Fakülte sekreterine imza kaşe 4

Staj yapılan yerin bilgilerini doldurunuz 3

Staj yapılan yerin imza ve kaşesi Sorumlu Öğretim üyesi imza ve kaşe 5

7

- E-devletten veya SGK'dan sigortalı olup olmadığınızı gösteren belgeyi 2 nüsha şeklinde temin ediniz. Zorunlu staj formu ile birlikte sorumlu araştırma görevlilerine teslim ediniz.

EK-2



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
EMEKLİLİK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Konu: Sağlık Provizyon ve Aktivasyon Sistemi (SPAS) Müstehaklık Belgesi

İLGİLİ MAKAMA

Kurumumuz kayıtlarının incelenmesi sonucu; ilgilinin sağlık aktivasyon durumunu gösterir bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgi edinilmesini arz/rica ederim.

TC Kimlik No	:	Cinsiyeti	:
Adı	:	Soyadı	:
Doğum Tarihi	:	Yakınlık Türü	:
Tescil Kapsamı	:	Yararlandığı TC No	:
GSS Kapsamı	:	Sicil/Tahsis/TC No	:
Provizyon Tarihi	:	Katılım Payı Muafiyet	:
Durum	: Müstehaktır, provizyon alabilir. (Sağlık hizmetlerinden faydalanabilir)		