**T.C.**
**MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**
**Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

**Sayı** : E-77447418-304.03-125061 08.01.2024
**Konu** : Öğrenci Staj İşlemleri

**İLGİLİ MAKAMA**

Yazımız ekinde açık kimlik bilgileri yazılı Meslek Yüksekokulu öğrencimiz, işyerinizde/kurumunuzda staj yapmak istemektedir. Bu nedenle; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87'nci maddesinin (e) bendi hükmü uyarınca öğrencimizin zorunlu staj olarak yapacağı döneme ilişkin 20 (yirmi) iş günlük "İş Kazası ve Meslek Hastalığı" sigorta primi Üniversitemiz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenecek olup ilgili şahsın, işyerinizde/kurumunuzda yapacağı 20 (yirmi) iş günü staj talebinin değerlendirilerek uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini rica eder, göstereceğiniz ilgiye şimdiden teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞEVGİN
Müdür

Ek:Staj Formu (1 Sayfa)

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**
Belge Doğrulama: https://www.turkiye.gov.tr/mus-alparslan-universitesi-elektronik-belge-yonetim-sistemi-evrak-dogrulama
Belge Doğrulama Kodu: BSUBDYB4Z4

Adres: Muş Alparslan Üniversitesi Külliyesi 49250- MUŞ
Telefon: (0436) 249 49 49 Faks: 0436 231 22 01
E-Posta: genel.sekreterlik@alparslan.edu.tr İnternet Adresi: www.alparslan.edu.tr
Kep Adresi:alparslanuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için: Osman KAPLAN
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: (436) 249 25 35

**MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ**
**TEKNİK BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU**
**…… PROGRAMI**

## STAJ KABUL FORMU

**ÖĞRENCİNİN** **1**

**Adı ve Soyadı:**

**Öğrenci Numarası:** **T.C. Kimlik Numarası:**

**Telefon Numarası (Cep ve Ev):**

**Staj Başlama ve Bitiş Tarihi: 01/07/2024-29/07/2024**

### İŞ SAĞLIĞI VE MESLEK HASTALIĞI SİGORTA PRİMİ BEYAN VE TAAHHÜDÜ

☐ Kamu kurumunda çalışan olduğum için genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.**

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu kabul eder, Staj sürecim boyunca başka bir sektörde sigortalı olarak çalışmayacağımı beyan ederek staj evrakının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim..... / ..... / ……..

Öğrencinin İmzası: ……

**İŞYERİNİN** **2**

**Unvanı:**

**Adresi:**

**Telefon Numarası:** **Faks Numarası:**

**İşyeri Sicil Numarası:** **Vergi Numarası:**

**Ticaret/Esnaf Odası Sicil No:** **E-Mail Adresi:**

**Faaliyet Alanı (Sektör):**

Yukarıda adı-soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.

İşveren veya Yetkilinin
Adı, Soyadı/Unvanı
İmza ve Mühür

### YAPILACAK İŞLEMLER

**a)** Formdaki 1 (bir) numaralı kısmın doldurup, imzalanması gerekmektedir.

**b)** **31 Mayıs 2024 tarihi mesai saati bitimine kadar formun 2 (iki) numaralı kısmının staj yapılacak iş yerine onaylatıldıktan sonra staj formunun bir örneğinin Staj Koordinatörüne elden teslim edilmesi veya pdf, jpg formatında kurumsal mail adresine gönderilmesi gerekmektedir. Staj koordinatörünün uygun görmesi halinde, ilgili işyeri/kamu kurumunda staja başlanabilir.**

**c)** Staj defteri Meslek Yüksekokulumuzun web sayfasından pdf ortamında indirilerek temin edilebilir.

**Not:** 31 Mayıs 2024 tarihine kadar staj yapılacak yeri bulamayan öğrencilerin 7 Haziran 2024 tarihi mesai saati bitimine kadar staj koordinatörü ile iletişime geçmeleri gerekmektedir.