

	SUY EK-3 STAJ UYGULAMA İŞLETME BİLGİ FORMU	Doküman No	YNG-017
		Yayın Tarihi	31/10/2017
		Revizyon No	004
		Revizyon Tarihi	22/12/2023
		Sayfa No	Sayfa 1 / 1

İşyerinin

Adı ve Ünvanı:

Merkez Şube

Çalışan Personel Sayısı (Stajyerler Hariç):

(Çalışan Personel Sayısı 20'den az ise son ayın Sigortalı Hizmet Listesinin Nüshasını teslim ediniz)

Yasal Durumu: Kamu Özel

SGK Sicil Numarası :

Vergi Numarası / TC Kimlik No :

İşyeri Banka Adı :

İşyeri Banka IBAN No :

İşyeri Adresi :

Telefon Numarası : E-Mail Adresi :

İrtibat Kurulacak Kişinin:T.C Kimlik numarasıAdı SoyadıGöreviTelefon**İşletmede/Kurumda Staj Uygulaması Yapan Öğrencinin**T.C Kimlik numarasıAdı Soyadı**AÇIKLAMA:**

6764 Sayılı Kanun gereği Mesleki eğitim görülen işletmede 20'den az personel çalışıyor ise ödenebilecek en az asgari ücretin (%30) unun üçte ikisi, 20 ve üzeri personel çalışıyor ise ödenebilecek en az ücretin üçte biri Devlet katkısı olarak işverene ödenecektir. İşletmeler Devlet katkısı tutarını ve işletme payına düşen tutarı her ayın 10. Gününe kadar öğrencinin banka hesabına ödemekle sorumludur. Devlet katkısı tutarı her ayın 25.günü işletmelere ödenir.

Beyan edilen bilgilerin yanlış olması nedeni ile ödenecek olan Devlet Katkısından yersiz olarak yararlandığım takdirde cezai işlem ve sorumluluğumu kabul ediyorum.

**İşyeri
Kaşe Ve İmza****Program Başkanı
İmza**

*Bu form stajyerlere staj ücreti ödeyen işletmeler/kurumlar tarafından doldurulacaktır.