	SUY EK-2 STAJ UYGULAMA BAŞVURU VE KABUL FORMU	Doküman No	YNG-017
		Yayın Tarihi	31/10/2017
		Revizyon No	003
		Revizyon Tarihi	22/12/2023
		Sayfa No	Sayfa 1 / 1

(ÖĞRENCİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

Adı Soyadı ve Numarası:

T.C. Kimlik No:

Sınıfı ve Programı:

Ev Adresi :

Elektronik Posta Adresi :

Telefon Numarası (GSM):

Annem ve Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Almaktayım [] GSS Kapsamındayım[]

SSK (4A) [] EMEKLİ SANDIĞI (4C) [] BAĞKUR (4B) [] ,bağlı olarak çalışmaktayım.

Yukarıdaki bilgilerin tarafımda doğru olarak doldurulduğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında, günlük staj uygulamamı, yine aşağıda belirtilen işletme/kurumda yapacağımı, staj uygulaması başlangıç ve bitiş tarihlerindeki değişiklikleri veya staj uygulama yeri değişikliklerini en az 15 gün öncesinden bağlı bulunduğum Program Başkanlığı'na yazılı olarak bildireceğimi, aksi takdirde sigorta prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini, staj uygulama kapsamında formda belirtmiş olduğum tarihler arasında staj uygulamasına gitmediğim veya staj uygulaması sonucunda başarısız olarak değerlendirildiğim takdirde Ataşehir Adıgüzel Meslek Yüksekokulu tarafından ilgili kurumlara her ne ad altında olursa olsun ödenecek her türlü ücreti Ataşehir Adıgüzel Meslek Yüksekokuluna aynen ödemeyi, tüm beyan ve taahhütlerimin doğruluğunu kabul eder, gereğini saygılarımla bilgilerinize arz ederim.

İmza

...../...../.....

(İŞYERİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

Yukarıda adı geçen öğrencinin staj uygulamasını tarihleri arasında iş yerimizde yapması uygundur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Kaşe-İmza

Adı/Unvanı:

Yetkili:

Adresi:

Cumartesi Günleri: Dahil () Dahil Değil ()

Vergi Numarası/Vergi Dairesi:

Faaliyet Alanı:

Staj Yapılacak Bölüm:

Telefon:

Elektronik Posta Adresi:

...../...../.....

(PROGRAM BAŞKANI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

Staj Uygulama Yeri Uygundur []


Staj Uygulama Yeri Uygun Değildir []

.....Programı, Program Başkanı

İmza

...../...../.....

NOT: İşyeri ve Program Başkanı onayını aldıktan sonra evraki Mali İşler Birimine teslim etmeniz gerekmektedir. Stajınız onaylandıktan sonra Staj Dosyanızı Öğrenci İşleri Biriminden alabilirsiniz.

	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) onun 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 yararlandığımı takdirde cezai işlem ve sorumluluğumu kabul ediyorum.

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

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