

S. Ü. KADINHANI FAİK İÇİL MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Kadınhanı/KONYA

Aşağıda yer alan bilgilerin doğru olduğunu onaylar, Selçuk Üniversitesi Meslek Yüksekokulları Staj Yönergesine uygun biçimde, bilgilerini verdiğim kurumda 5510 sayılı Kanununun 5/b maddesi uyarınca stajımı yapacağımı beyan ederim. Stajımı yapmadığım ya da eksik yaptığım günlerle ilgili bilgi vermediğim takdirde doğabilecek maddi yükümlülükleri kabul ve taahhüt ediyorum.

Staj yapacak öğrencinin Ad-Soyad İmzası Tarih: imza/...../.....

STAJ YAPACAK ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ (Lütfen tam doğru ve okunaklı doldurunuz)	
ADI-SOYADI	:
T.C KİMLİK NUMARASI	:
ÖĞRENCİ NUMARASI	:
PROGRAMI	:
ADRESİ	:
TELEFON NUMARASI	:
E-POSTA ADRESİ	:

SOSYAL GÜVENCE DURUMUM (Size Uyan Sadece Bir durumu X ile işaretleyip imzalayınız.)		
()	()	()
1- AİLESİNDEN ŞİGORTALI SAĞLIK HİZMETİ ALAN Biriminde /işyerinde kısmi Zamanlı Öğrenci olarak/Stajyer Öğrenci olarak 5510 sayılı Kanununun 5/b maddesi uyarınca çalışmak istiyorum. Ailemden, annem/babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim Ad-Soyad: İmza:	2- AİLESİNDEN ŞİGORTASI YOK SAĞLIK HİZMETİ ALMAYANLAR Biriminde /işyerinde kısmi Zamanlı Öğrenci olarak/Stajyer Öğrenci olarak 5510 sayılı Kanununun 5/b maddesi uyarınca çalışmak istiyorum. Ailemden, annem/babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum. Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim Ad-Soyad: İmza:	3- KENDİ ADINA ŞİGORTALI-SAĞLIK HİZMETİ ALAN (SGK'LI ÇALIŞAN, İŞÇİ, MEMUR) Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya stajım boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim Ad-Soyad: İmza:
(Size Uyan X koyduğunuz durumu imzalayınız. Birden fazla imzalamanız durumda staj başvurunuz geçersizdir.)		

STAJ YERİ BİLGİLERİ	
Kurum/ Kuruluş Adı	:
Kurum/ Kuruluş Türü İşaretle	: KAMU() ÖZEL ()
Sorumlu Kişi Adı	:
Kurum Telefon No	:
Kurum/ Kuruluş Adresi	:
Staj Başlama Tarihi	:
Staj Bitiş Tarihi	:

EK: Kimlik Fotokopisi (TC Nolu)