



T.C

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ**

5510 SAYILI SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU  
KAPSAMINDA İSTEĞE BAĞLI STAJ YAPAN ÖĞRENCİYE AİT BİLGİ FORMU



**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| TC KİMLİK NO : | AD SOYAD :      |
| ÖĞRENCİ NO :   | BÖLÜM : SINIF : |

Adı geçen Fakültemiz öğrencisi **13/07/2020 - 31/12/2020** tarihleri arasında Kamu Kurum ve Kuruluşlarında veya özel şirketler ve fabrikalarda isteğe bağlı staj yapmasında Fakültemiz açısından bir sakınca bulunmadığı gibi öğrencimizin mesleki bilgisini artırması açısından da faydalı olacağı düşünülmektedir. **5510 Sayılı Kanunun 5/b ve 87/e fıkrası gereğince staj yapan öğrencinin Sosyal Güvenlik Kurumuna İş Kazası ve Meslek Hastalığı için sigortalı girişi yapılacak ve pirimi Fakültemiz tarafından ödenecektir.**

Selma HARİRİ  
Fakülte Sekreteri V.

**STAJ BİLGİLERİ**

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| STAJ BAŞLAMA TARİHİ :        | STAJ BİTİŞ TARİHİ :   |
| STAJ DÖNEMİ (Ara veya Yaz) : | STAJ TOPLAM İŞ GÜNÜ : |

**SİGORTA BİLGİLERİ**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| SİCİL NO (Daha önce almış ise) : | SAĞLIK GÜVENCESİ : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|--|

**ADRES BİLGİLERİ**

|  |             |                   |
|--|-------------|-------------------|
| İL :   | İLÇE :      | MAHALE/KÖY :      |
| CADDE :  | SOKAK :     | KAPI/DAİRE NO : / |
| POSTA KODU :   | EV TEL NO : | CEP TEL NO :      |
| E-MAIL (SGK girişinizin yapıldığını gösterir belge e-mail adresinize gönderilecektir.) |             |                   |

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum.

Ad Soyad : .....  
Tarih : .....

İmza

**STAJ YAPILACAK KURUMUN**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| ADI / ÜNVANI :        |                     |
| TELEFON / ADRES :     |                     |
| STAJ BAŞLAMA TARİHİ : | STAJ BİTİŞ TARİHİ : |

Adı geçen öğrenci kurumumuzda staj yapacaktır.

Kurum Yetkilisi : .....  
Kaşe : .....  
Tarih / İmza : .....

**ÖNEMLİ NOT:** Staj yapacağı kurum tarafından onaylanan (ıslak imzalı) bu belgenin aslı ve aşağıdaki belgeleri staja başlamadan **en geç 7 gün önceden** DEU İİBF Öğrenci İşleri Biriminin danışma bölümüne teslim edilmesi gerekmektedir.

1) Nüfus Fotokopisi 2) SGK'dan kimin tarafından bakıldığını gösterir sağlık provizyon belgesi.

Staj yapan öğrencinin işyerinde iş kazası geçirmesi veya meslek hastalığına tutulması halinde söz konusu durum kazadan sonraki üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na ve Fakülteye bildirilecektir. İşverenler 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca stajyer öğrencilerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm yükümlülükleri yerine getirmek zorundadır.