



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**ZORUNLU STAJ / MESLEKİ UYGULAMA FORMU**

**İlgili Makama,**

Üniversitemiz ..... Bölümü / Programı öğrencilerinin, Eğitim - Öğretim programlarımız gereği öğrenim süresi sonuna kadar, kuruluş ve işletmelerde staj / mesleki uygulama yapma zorunluluğu bulunmaktadır.

Staja / mesleki uygulamaya tâbi tutulan öğrencimizin stajını / mesleki uygulamasını kuruluşunuzda yapmasının kabul edilmesi durumunda, 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" gereği sigortalının başlangıcı ve bildirim yükümlülüğü Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını / mesleki uygulamasını ..... iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

BÖLÜM / PROGRAM BAŞKANI

**ÖĞRENCİNİN BİLGİLERİ**

T.C. Kimlik Numarası		Öğretim Yılı	
Adı		Öğrenci Numarası	
Soyadı		Doğum Yeri	
Baba Adı		Doğum Tarihi	
Ana Adı		E-posta Adresi	
Uyruğu		Telefon Numarası	
İkametgah Adresi			

**ÖĞRENCİNİN SAĞLIK DURUMU**

SPAS Müstehaklık Sorgulama (Sağlık Provizyon Aktivasyon Sistemi) (E-DEVLET SİSTEMİ ÜZERİNDEN BAKILACAK)	Müstehaktır, Provizyon alabilir (Sağlık Hizmetinden Faydalanabilir)	
	Müstehak Değildir, Provizyon alamaz (Sağlık Hizmetinden Faydalanamaz)	

**STAJ / MESLEKİ UYGULAMA YAPILAN YERİN**

Adı			
Adresi			
Üretim / Hizmet Alanı		Risk Aralığı	
Telefon Numarası		Fax Numarası	
E-posta Adresi		Web Adresi	
Staja / Mesleki Uygulamaya Başlama Tarihi	..... / ..... / 202...	Staj / Mesleki Uygulama Bitiş Tarihi	..... / ..... / 202...
		Staj / Mesleki Uygulama Süresi (gün)	

**NOT: Staj / Mesleki Uygulama başlama ve bitiş tarihleri, ara sınav, final sınavları, resmi - dini tatiller ve haftasonu tatilleri hesaplanarak yazılmalıdır.**

**İŞVEREN VEYA VEKİLİNİN**

Adı Soyadı		İmza / Kaşe	
Görev ve Unvanı			
E-posta Adresi			
Tarih			

**ÖĞRENCİNİN İMZASI**

**BÖLÜM / PROGRAM ONAYI**

**FAKÜLTE / YÜKSEKOKUL ONAYI**

**ONAY**

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, staj / mesleki uygulama yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen kurum/firma ile ilgili staj / mesleki uygulama evraklarının hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.  Tarih: ..... / ..... / 202...	<b>Bölüm / Program Staj / Mesleki Uygulama Komisyon Başkanı</b> Adı Soyadı / Unvanı / Kaşe - İmzası  Tarih: ..... / ..... / 202...	<b>Fakülte / Yüksekokul Staj / Mesleki Uygulama Koordinatörü</b> Adı Soyadı / Unvanı / Kaşe - İmzası  Tarih: ..... / ..... / 202...	<b>Üniversite Staj / Mesleki Uygulama Koordinatörlüğü</b> Sosyal Güvenlik Kurumuna staja / mesleki uygulamaya başlama giriş işlemi yapılmıştır.  Tarih: ..... / ..... / 202...
--	---	--	---

**ÖNEMLİ NOT 1:** Bu belge 3 adet olarak (fotokopi değil) hazırlanır. Staj / Mesleki Uygulama yeri onayından ve Bölüm / Program onayından sonra staja / mesleki uygulamaya başlama tarihinden en az 10 gün önce, 1 adet kimlik fotokopisi, 1 adet öğrenci kimlik fotokopisi ve 1 adet vesikalık fotoğraf ile birlikte Staj / Mesleki Uygulama Koordinatörlüğü'ne teslim edilmesi zorunludur.

**ÖNEMLİ NOT 2:** 3 belge de mavi kalemle doldurulmalı, 3 belge de imzalanmalı ve kaşelenmelidir.