**T.C.**

Fotoğraf

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**

**SU ÜRÜNLERİ FAKÜLTESİ**

**BİRİM DIŞI UYGULAMA (STAJ) BAŞVURU FORMU**

**SU ÜRÜNLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

**DİKKAT!!! FORMDAKİ TÜM BİLGİLERİN EKSİKSİZ ve OKUNAKLI OLARAK DOLDURUNUZ. BOŞ ALAN BIRAKMAYINIZ.**

…………………………..……….………………...…. Kurumunda/İşletmesinde gerçekleştirmek istediğim birim dışı uygulama (staj) talebimin tarafınızca değerlendirilerek, uygun bulunup bulunmadığının bildirilmesini arz ederim. ........../……/20…..

…………………………….

…………………………….

|  |
| --- |
| **UYGULAMA YAPILAN YERİN (Birim Dışı Uygulama Yapılacak İşyeri Yetkilisi Tarafından Doldurulur.)** |
| Adı ve/veya Unvanı |  |
| Adresi |  |
| İşyerinin Faaliyet Alanı |  |
| Telefon No (alan kodu ile) | 0 ( )  | Faks No | 0 ( ) |
| Varsa Web Sitesi Adresi |  |
| **İŞVEREN/YETKİLİNİN (Birim Dışı Uygulama Yapılacak İşyeri Yetkilisi Tarafından Doldurulur ve Onaylanır.)** |
| Adı Soyadı | Başvurunun Onaylanma Tarihi | ..…../......./20….. |
|  | Yukarıda kişisel bilgileri yer alan öğrencinizin Kurumumuzda / İşletmemizde birim dışı uygulama yapması uygundur.**Kaşe İmza** |
| Görevi ve Unvanı |
|  |
| E-posta Adresi |
|  |
| Birim Dışı Uygulama Başlama -Bitiş Tarihi : ….../….../20…… **-** ….../….../20…… | Uygulama Süresi | **30 iş günü** |
| Haftalık çalışma gün sayısı |  |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ (Öğrenci Tarafından Doldurulur)** |
| Adı Soyadı |  | Varsa SGK No |  |
| T.C. Kimlik No |  | Baba Adı |  |
| Öğrenci Numarası |  | Ana Adı |  |
| Programı (Bölümü) |  | Doğum Yeri |  |
| Telefon No |  | Doğum Tarihi |  |
| Adres |  |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **BİRİM DIŞI UYGULAMA KURULU ONAYI** | **SGK Giriş İşlemi Yapılmıştır.** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu kabul eder, birim dışı uygulamam için gerekli işlemlerin başlatılmasını saygılarımla arz ederim.**İMZA:**Tarih: ....../….../20.... | Öğrencinin bu evrakı gerektiği şekilde; tüm bilgilerini eksiksiz ve doğru olarak doldurduğunu onaylarım. SGK girişinin yapılmasında ve birim dışı uygulamaya başlamasında sakınca yoktur.**Adı Soyadı:.......................................................**Tarih: ..…/...../20…. |  |

**AÇIKLAMALAR:**

**-** Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü 5510 sayılı yasa gereğince birim dışı uygulama başvurusunda bulunan öğrencinin iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta primlerini sadece 30 iş günü olmak şartıyla karşılayacaktır.

**-**Tarafınızdan; formun ilgili alanının onaylanıp, belgenin öğrencimiz ile bize ulaştırılmasından sonra; SGK e-bildirge üzerinden, ilgili tarihleri kapsayan Sosyal Güvenlik Girişi Üniversitemizce yapılacaktır. Daha sonra dilerseniz bu belgenin bir kopyası bizzat öğrenci tarafından size teslim edilecektir.