**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.