T.C.
KÜTAHYA DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
Simav Meslek Yüksekokulu
Staj Talep ve İşyeri Özellik Formu

Doküman No:
DPU-KYS-SMYO-FR-001
İlk Yayın Tarihi: 01.09.2024
Revizyon No: 01
Revizyon Tarihi:11.09.2025

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri yazılı öğrencimiz, Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Staj Yönergesi gereği yapmak zorunda olduğu (15/30 iş günü) stajını Kurumunuzda/İşletmenizde yapmak isteğinin değerlendirilerek uygun bulunması halinde formun doldurularak Meslek Yüksekokulu'muza teslim edilmek üzere öğrenciye verilmesini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Sait Dündar SOFUOĞLU
Yüksekokul Müdürü

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ (Öğrenci tarafından eksiksiz doldurulacak)

T.C.Kimlik No:		Öğrenci No:	
Adı :		Soyadı:	
Doğum Tarihi:		Programı:	
Staj Başlama Tarihi:		Staj Bitiş Tarihi:	
Staj Süresi:	☐ 15 gün ☐ 30 gün	Cumartesi Günü:	☐ Dahil ☐ Dahil Değil
Telefon No.			

GENEL SAĞLIK SİGORTASI BEYAN VE TAAHHÜTÜ	
☐ Ailem üzerinden sigortalı olup; Annem/babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almaktayım	☐ Kendim sigortalı olup; Annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almamaktayım.

STAJ YAPILACAK KURUM / İŞLETMENİN BİLGİLERİ (İşyeri yetkilisi tarafından eksiksiz doldurulup onaylanacaktır.)

Kurumun/İşletmenin Adı /Unvanı:					
Adresi:					
Faaliyet Alanı:		Telefon No:		Çalışan Sayısı	
☐ Teknik Öğretmen - ☐ Mühendis - ☐ İç Mimar/Mimar – ☐ Eğitim Uzmanı - ☐ Muhasebe Müdürü – ☐ Teknik Müdür - ☐ İdari Müdür					
Stajyere Ücret Ödenip Ödenmeyeceği	☐ Evet ☐ Hayır	Toplam Ücret Tutarı:			
Ödenecekse İşletme SGK Sicil No:					
Ödenecekse İşletme Vergi No:					
Ödenecekse İşletme Banka IBAN No:					

Kurum/İşletme Yetkilisinin (Onaylayanın)		Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinizin Kurumumuzda/İşlememizde staj yapması uygundur. …./…../20.. Kaşe-İmza
Adı Soyadı:		
Görev ve Unvanı:		

ÖĞRENCİNİN BEYANI ve İMZASI	**STAJ KOMİSYONU / DANIŞMAN ONAYI**
NOT: Öğrenci, staj yaptığı iş yerinden (özel sektör) staj ücreti alması halinde aldığı staj ücretinin dekontunu MYO öğrenci *işlerini teslim etmek zorundadır.* *Belge üzerindeki bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu kabul ederim. …../……/20…* Öğrencinin Adı Soyadı: İmzası :	Öğrencinin evrakı gerektiği şekilde, tüm bilgilerini eksiksiz doldurduğunu onaylarım. …./…../20… Adı Soyadı : İmzası : Yukarıda adı geçen öğrencinin bu işyerinde staj yapması: ☐ Uygundur ☐ Uygun Değildir Staj Komisyon Başkanı İmza / Üye / İmza / Üye / İmza

AÇIKLAMALAR: 1-Staj yapan öğrencinin zorunlu staj süresince 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87.maddesi e bendi gereği %1 oranında iş kazası ve meslek hastalığı **sigorta primi Okulumuz tarafından ödenecektir**.
2-)Geçerli mazereti nedeniyle staj tarihini değiştirecek öğrenciler bu değişikliği 5 iş günü içerisinde Okulumuza dilekçe ile bildirmek zorundadır. Aksi davranan öğrenci hakkında kanuni işlem yapılır. Formda bildirilen işyeri ve tarih aralıkları dışında yapılan stajlar geçersiz sayılacaktır. **İşyeri ve tarih değişikliği kesinlikle yapılamaz.**