Yüksekokulumuzun aşağıda ismi belirtilen Acil Yardım ve Afet Yönetimi bölümü öğrencisinin kamu/özel kurum ve kuruluşlarda Cumhur Başkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Başkanlığı koordinasyonunda yürütülen “**Ulusal Staj Programı”** kapsamında “Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Staj Seferberliği Uygulama Yönergesi ” gereği staj yapma hakkı bulunmaktadır. Aşağıda kurum/kuruluş bilgileri kısmının doldurulup onaylayarak Üniversitemize öğrencimiz ile ulaştırılması hususunda gereğini arz eder; öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasında gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Öğrencimizin kurumunuzda belirtilen tarihlerde staj yapması uygun görüldüğü takdirde, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 5 inci maddesinin (b) bendi uyarınca yükseköğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır. Ve anılan Kanunun 87'nci maddesinin birinci fıkrasının (e) bendi uyarınca öğrencilerin staj süresince iş kazası ve meslek hastalığı sigortası Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Tarih:

İmza:

Müdür /Müdür Yardımcısı Adı Soyadı:

**Tablo 1: Öğrenciye Ait Bilgiler (Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | |
| T.C. Kimlik No |  | | |
| Doğum Tarihi |  | | |
| Öğrenci No |  | | |
| Akademik Birimi |  | | |
| Akademik Bölümü |  | | |
| Lisans Programı |  | | |
| Telefon No |  | | |
| Türü | Staj | ( ) |  |

**Tablo 2 İşletme/Firmaya Ait Bilgiler (Bu kısım staj yapılacak kurum tarafından doldurulacaktır.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kurum Adı |  | | | |
| İşletme Telefon/Faks |  | | | |
| İşletme Adresi |  | | | |
| Staj Başlangıç Tarihi | ………/…….…/…….. | | Staj Bitiş Tarihi | ..……./………/……… |
| Toplam İşletmede Staj Gün Sayısı |  | | | |
| İşveren /Yetkili Onayı | Yukarıda bilgileri verilen öğrencinizin işyerimizde staj yapması uygundur.  İmza/ Kaşe | | | |
|  | | | | |
| **Öğrencinin İmzası** | | **Bölüm Başkanı Onayı** | | **İdari Birim Onayı** |
| Öğrenci *(Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.)*  Ad-Soyadı:  İmza: | | Adı-Soyadı:  Dr. Öğr. Üyesi Perihan ŞİMŞEK  İmza/Kaşe: | | 5510 Sayılı Kanun gereği Sosyal  Güvenlik Kurumu Kaydı Yapılmıştır. |