



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ



5510 SAYILI SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU
KAPSAMINDA STAJ YAPAN ÖĞRENCİYE AİT BİLGİ FORMU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No		Öğrenci No	
Adı Soyadı		Bölümü	
Baba Adı		Anne Adı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
E-posta adresi		Cep Telefon No	
Adresi			

STAJ YERİ BİLGİLERİ

Ünvanı			
Adresi			
Telefon No		Fax No	
Staj Başlama Tarihi		Staj Bitiş Tarihi	
Haftalık Çalışılacak Gün		Toplam Çalışılacak Gün	
Staj Süresince Aylara Göre Ödenecek Prim Günü			

ÖĞRENCİ ONAYI

Stajer öğrenci olarak 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca çalışmak istiyorum.
Kendimden, ailemden, annem/babam üzerinden GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA SAĞLIK HİZMETİ
() Alıyorum.
() Almıyorum.
Beyanımın doğruluğunu kabul ediyorum. Durumunda değişiklik olması veya işyerinde kaza geçirmem halinde durumu 1(bir) işgünü içinde Fakülteye bildireceğimi, hatalı, eksik ve/veya bilgileri zamanında bildirmememden kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini kabul ve taahhüt ederim.

Öğrencinin adı soyadı ve imzası

BÖLÜM STAJ KOMİSYONU ONAYI

Bölüm Staj Komisyonu Başkanı
