



Değerli Öğrencilerimiz,

Zorunlu Stajını yapması onaylanan öğrencilerimizin, staj yapacakları işyerlerine ulaştırmaları gereken SGK İşe Giriş Bildirgeleri, **stajlarına başladıkları tarihte** aynı gün Yaşar Üniversitesi Öğrenci @stu.yasar.edu.tr e-postalarına iletilecektir.

Ekte yer alan **Staj Formu** üzerinde **STAJ YAPILACAK KURUMUN BEYANI** kısmının işyeri yetkilisine doldurtulup imzalanıp kaşe yaptırılması ve formun alt kısmında yer alan **ÖĞRENCİ BEYANI** kısmının öğrenci tarafından eksiksiz doldurularak imzalı olarak insankaynaklari@yasar.edu.tr eposta gönderilmesi gerekmektedir.

Staj online staj sistemi erişime kapalıdır. Zorunlu stajınızla ilgili herhangi bir değişik olması durumunda **Bölümünüz Staj Komisyonuna** epostayla ivedi bilgi iletmenizi ve **Staj Sorumlusu hocanız** ile iletişime geçmenizi önemle rica ederiz.

İnsan Kaynakları Müdürlüğü



T.C.
YAŞAR ÜNİVERSİTESİ
ZORUNLU STAJ BİLGİ FORMU

STAJ YAPILACAK KURUMUN BEYANI (Bu bölüm İşyeri Yetkilisi tarafından doldurulacaktır)			
Yukarıda adı geçen öğrencinin kurumunuzda .. /.. /2021 -.. /.. /2021 tarihleri arasında iş günü staj yapması uygundur.			
Kurumun Adı			
Kurumun Adresi			
Üretim/Hizmet Alanı		Kurumun Telefon Numarası	
Stajdan Sorumlu İşyeri Yetkilisinin Adı Soyadı ve Unvanı		İşyeri Yetkilisinin Telefon numarası, e-posta adresi	
Kurum IBAN Numarası		Kurumda Çalışan Personel Sayısı	
Kurum Banka Adı ve Şubesi		Kurum Hesap Adı	
05.06.1986 tarihli ve 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununun 18 inci ve geçici 12 inci maddeleri hükümleri uyarınca işletmelerde mesleki eğitim gören, staj ve tamamlayıcı eğitimine devam eden öğrencilere, aynı kanunun 25 inci maddesi gereği yapılacak ödemeler kapsamında; yukarıda bilgileri yer alan öğrencinize staj dönemi kapsamında		.. /.. /2021 İmza / Kaşe	
Ödeme yapılacaktır <input type="checkbox"/>		Ödeme yapılmayacaktır <input type="checkbox"/>	
ÖĞRENCİ BEYANI (Bu bölüm Öğrenci tarafından doldurulacaktır)			
Sosyal Güvenlik Durumu :			
1) Annem, babam veya eşim üzerinden sağlık yardımı almaktayım. <input type="checkbox"/>			
Sağlık yardımı alınan kişi Adı, Soyadı :			
Sağlık yardımı alınan kişi TC Kimlik Numarası :			
2) SGK'lı olduğumdan kendi sağlık yardımım var <input type="checkbox"/>			
3) Genel Sağlık Sigortası primi ödemekteyim <input type="checkbox"/>			
4) Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımımı almıyorum <input type="checkbox"/>			
NOT: Sağlık güvencemde bir değişiklik olduğunda İnsan Kaynakları Müdürlüğü'ne 3 gün içinde bildireceğim <input type="checkbox"/>			
Belge üzerindeki bilgilerimin doğru olduğunu; belirtilen tarihler arasında staj yapacağımı, staj yapacağım tarihler değiştiği takdirde, Bölümüm Staj Komisyonu ile Staj sorumlusu hocamı önceden bilgilendireceğimi, aksi halde sorumluluğun şahsıma ait olduğunu kabul ve beyan ederim.			
6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, T.C. Yaşar Üniversitesi K.V.K.K.ya ilişkin Aydınlatma Metninin (www.yasar.edu.tr/kvkk) tamamını okuyup anladığımı, Yaşar Üniversitesi'ne bildireceğim özel nitelikli verilerim de dâhil olmak üzere kişisel verilerimin; kurumun görev alanının gerekleri kapsamında işveren/işveren vekili tarafından kaydedilmesine, sınıflandırılmasına, işlenmesine, saklanmasına, veri kanalları ile güncellenmesine, üçüncü kişiler ile paylaşılmasına, yurtiçi ve yurt dışına aktarılmasına ve beyan ettiğim iletişim kanallarından T.C. Yaşar Üniversitesi'nin bana ulaşmasına onay verdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.			
Öğrenci Adı, Soyadı / .. / 2021 İmza:	
E-posta adresi ve Cep Telefon Numarası			



REPUBLIC OF TURKEY
YAŞAR UNIVERSITY
MANDATORY INTERNSHIP INFORMATION FORM

STATEMENT OF THE HOST INSTITUTION (To be filled out by the Institution Officer)

It has been approved that the above-mentioned student can help your organization for ... workdays between ... /... /2021 - ... /... /2021.

Institution Name			
Institution Address			
Field of Production/Service		Institution Phone Number	
Name and Surname of the Institution Officer		Phone Number and E-mail Account of the Institution Officer	
Institution IBAN Number		Number of Staff Members Employed by the Institution	
Bank Name and Branch		Institution's Bank Account Name	

Subject to the Article 25 of the Vocational Education Law No. 3308 dated 05.06.1986 that require payments for students continuing their vocational education, internship, and complementary training at business institutions under the Article 18 and the Provisional Article 12 of the same law, the student whose information is stated above will be on:

Paid internship **Unpaid internship**

.. / .. / 2021
Signature/ Stamp

STATEMENT OF THE STUDENT (To be filled out by the Student)

Social Security Status:

1) I am benefitting from healthcare support through my parents' or my spouse's healthcare insurance

Name and Surname of the Healthcare Insurance Holder :

Turkish ID Number of the Healthcare Insurance Holder :

2) I am under the healthcare coverage of the Social Security Institution.

3) I am paying General Health Insurance premium.

4) I do not have healthcare support since I do not hold social security

P.S: I will notify the Human Resources Directorate within 3 days following a change to my healthcare security.

I accept and declare that the information herein is accurate, that I will do my internship between the dates stated, that I will inform the Internship Commission of my academic department and the academic member therein in charge of internships in case of any change to the internship dates, and that otherwise I will be responsible for any inconveniences.

As per the **Law No. 6698 on Protection of Personal Data**, I accept, declare and guarantee that I have fully read and understood Republic of Turkey Yaşar University's LPPD Information Letter (www.yasar.edu.tr/kvkk), that I give my approval for my personal data including my sensitive personal data that I will submit to Yaşar University to be recorded, classified, processed, stored, and updated through data channels, shared with third parties, transferred nationally and internationally by employer/employer's representative within the requirements of the institution's operating field, and for Republic of Turkey Yaşar University to contact me through the communication channels I have declared.

Student's Name and Surname:

Student's Turkish ID Number:

Student's E-mail Account, Mobile Phone Number:

Student's Signature
Date: 2021/