



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
ÜNİYE MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

.../.../20..

..... BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Yüksekokulunuz Programı
Öğretim numaralı öğrencinizim.Yapmakla yükümlü olduğum İş günü
stajımı ekte sunduğum işyerinde/...../20.. -/...../20.. tarihleri arasında yapmak
istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrencinin
Adı Soyadı ve İmzası

ADI SOYADI :

DOĞUM TAR. ve YERİ :

EV VE CEP TEL NO :

EV ADRESİ :
(Farklı ise ikametgah
adresi de yazılacaktır.) :

MEZUN OLDUĞU LİSE :

MEZUN OLDUĞU BRANŞ :

MEZUNİYET TARİHİ :

ÜNİYE MYO DA DAHA ÖNCE STAJ YAPMIŞ İSE:

YERİ :	TARİHLERİ :/...../20...-...../...../20...	KABUL EDİLMİYEN GÜN SAYISI:
--------	--	--------------------------------

ÖĞRENCİNİN STAJ DÖNEMİNDE DİSİPLİN CEZASI YOKTUR.	ÖĞRENCİNİN EKTEKİ İŞYERİNDE VE BELİRTEN TARİHLERİNDE STAJ YAPMASI UYGUNDUR
ÖĞR. İŞL. ONAYI	PROGRAM. KOORD. ONAYI

Uygun Değilse Sebebi:

EK : İşyerinden Onaylatılan SB2 Belgesi

(Belirtilen tarihler yarıyıl içinde ise, yönetmelikte açıklanan durumlar konusunda uygunluğun belirlenmesi için öğrenci işlerinden yardım alınabilir. Program Koordinatörü ve gerekiyorsa öğrenci işleri onayının ardından ilgili Bölüm Başkanı tarafında kayda alınacak dilekçe staj bürosunda bulunan staj işyerlerinden sorumlu memura teslim edilecektir. Staj dosyası da bu bürodan alınacaktır.)



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
ÜNİYE MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

..... PROGRAM KOORDİNATÖRLÜĞÜNE

Aşağıda isim ve numarasını belirten öğrencinizin, işyerimizde / kurumumuzda
...../...../20.... -/...../20.... tarihleri arasında staj yapması uygun görülmektedir.

Bilgilerinize arz ederim.

Ünvanı
Adı Soyadı
İmza ve Kaşe

STAJ KABUL BELGESİ

STAJ YAPACAK ÖĞRENCİ

ADI VE SOYADI	
NUMARASI	
PROGRAMI	

STAJ YAPILACAK İŞYERİ

İSİM VE ÜNVANI	
ÇALIŞILACAK ŞUBE	
ÇALIŞILACAK BÖLÜM	
PERSONEL SAYISI	
FAALİYET ALANI	
ADRES	
TELEFON-FAKS	



Sayı:90866454/304.03.00

....../....../20..

Konu: Staj

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
(Ünye Meslek Yüksekokulu Staj Eğitim ve Uygulama Kurulu)

İLGİLİ MAKAMA

İşyerinizde / Kurumunuzda staj yapmasının tarafımızdan kabul edildiği YüksekokulumuzProgramında öğrenim görmekte olan aşağıda adı soyadı ve numarası belirtilen öğrencimiz gerekli staj evraklarını hazırlamış olup/....../20....-/....../20....tarihleri arasında işyerinizde/ Kurumunuzda İşgünü stajını yapmak üzere staja başlayacaktır.

Öğrencimiz staja başladığında dosyasında bulunan “Staj Yerleştirme Kayıt Formu”nun doldurularak öğrenci tarafından 7 gün içinde,

Staj süresi bitiminde ise “Staj Değerlendirme Raporunun” nun (SB7-SB8) ve “Stajyer Devam Çizelgesi” tarafımızdan hazırlanarak kapalı zarf içerisinde Yüksekokulumuza ivedilikle ulaştırılması gerekmektedir.

İlgi ve yardımlarınız için teşekkür eder, saygılar sunarım.

Öğrencinin

Numarası	Adı Soyadı	Programı

Ünye Meslek Yüksekokulu Staj Eğitim ve Uygulama Kurulu
Adına Başkan

Öğr. Gör. Murat Cem BOZKURT
Müdür Yrd.

ÜNİYE MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Aşağıda bilgileri yazılı okulunuz öğrencisi'ın İşgünü zorunlu stajını kurumumuzda / işyerimizde yapması uygun görülmüştür.

İlgili öğrenciye aşağıda belirtilen tarihlerde stajı yaptırılacaktır. Bu tarihler dışında stajyer olarak kesinlikle çalıştırılmayacağını ayrıca stajyer öğrenciniz herhangi bir sebepten dolayı staja başlayamaz veya staj süresinde stajını bırakmak zorunda kalırsa aynı gün içinde yazı ile kurumunuza bildireceğimizi taahhüt ederiz.

Aşağıda belirtilen tarihler arasındaki "İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigorta" priminin Yüksekokulunuz tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na yatırılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

...../...../20...
İşyeri Yetkilisinin
Unvanı Adı Soyadı ve İmzası
İşyeri Kaşesi ya da Mührü

Öğrencinin	
Adı - Soyadı	
Okul Numarası	
Programı	
T.C. Kimlik No	
Telefon No. Cep / Ev	
İkamet Adresi	

Kurum / İşyerinin	
Adı (Unvanı)	
Faaliyet Alanı	
Stajyeri Kabul Eden Birim	
Telefon - Faks - E-Posta	
Açık Adresi	

Staj Bilgileri		
Staj Başlama Tarihi		
Staj Bitiş Tarihi		
Haftalık Staj İşgünü Sayısı		
Ait Olduğu Ay, Yatırılacak Prim Gün Sayısı		
..... 20... 20... 20...

Yukarıda adı geçen kurum/işyerinde, belirtilen tarihler arasında.... İşgünü stajımı yapacağımı, bu tarihler dışında staj yapmayacağımı taahhüt eder, aksi halde stajımın iptalini ve hakkımda gerekli yasal işlemlerin başlatılmasını kabul ederim.

..../...../20...
(Öğrencinin Adı Soyadı-İmzası)

Onay
(Staj Komisyon.Bşk)
...../...../20...

Onay
(Danışman)
...../...../20...

Onay
(Sigorta Girişi)
...../...../20...

Onay
(Prim Gün Girişi)
...../...../20...



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ ÜNYE MESLEK YÜKSEKOKULU
YERLEŞTİRME KAYIT FORMU

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI :

BÖLÜM / PROGRAMI :

STAJ BAŞ.- BİTİŞ TARİHİ :

İŞYERİNİN ADI-ADRESİ :

.....

İŞYERİ TEL. VE FAKS NO :

ÖĞRENCİNİN EV ADRESİ :

.....

ÖĞRENCİNİN CEP TEL NO :

Öğrenciyi Ziyaret Esnasında Temas Kurulacak Kişilerin Adları, Unvanları ve Görevlerini Belirtiniz.

.....

.....

.....

İşveren Veya Sorumlu
Kişinin İmzası ve Kaşesi

Öğrencinin
Adı Soyadı ve İmzası

ÜNİYE MESLEK YÜKSEKOKULU
İŞYERİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENCİNİN		İŞYERİNİN	
Adı Soyadı		Adı	
Staj Dalı		Adresi	
Staj Süresi		E-Posta	
Staja Başlama- Bitiş Tarihleri		Faks	
Koordinatör Öğr. Elemanı Adı soyadı		Eğitici Personel Adı Soyadı	

Sayın İşyeri Yetkilisi,

İşyerinizde staj ve Endüstriye dayalı öğretim programı kapsamında süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajdan yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu özenle doldurunuz.

DEĞERLENDİRME TABLOSU

ÖZELLİKLER	Değerlendirme				
	Çok İyi (100-85)	İyi (84-65)	Orta (64-39)	Zayıf (40-30)	Olumsuz (0-29)
İşe İlgisi					
İşin Tanımlanması					
Alet Teçhizat Kullanma Yeteneği					
Algılama Gücü					
Sorumluluk Duygusu					
Çalışma Hızı					
Uygun ve Yeteri Kadar Malzeme Kullanma Becerisi					
Zaman/Verimli Kullanma					
Problem Çözme Yeteneği					
İletişim Kurma					
Kurallara Uyma					
Grup Çalışma Yatkınlığı					
Kendisini Geliştirme İsteği					
Genel Değerlendirme					

*Genel Değerlendirme Kısmını; Çok İyi (A), İyi(B), Orta(C), Zayıf (D), Olumsuz (E) Şeklinde kodlayınız.

Adı Soyadı :

İmza ve Kaşe:



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Ünye Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

STAJYER ÖĞRENCİ GÜNLÜK DEVAM TAKİP ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI			STAJ YAPTIĞI BÖLÜM		
GÜN	TARİH	ÖĞRENCİNİN İMZASI	GÜN	TARİH	ÖĞRENCİNİN İMZASI
1	.../.../20..		21	.../.../20..	
2	.../.../20..		22	.../.../20..	
3	.../.../20..		23	.../.../20..	
4	.../.../20..		24	.../.../20..	
5	.../.../20..		25	.../.../20..	
6	.../.../20..		26	.../.../20..	
7	.../.../20..		27	.../.../20..	
8	.../.../20..		28	.../.../20..	
9	.../.../20..		29	.../.../20..	
10	.../.../20..		30	.../.../20..	
11	.../.../20..		31	.../.../20..	
12	.../.../20..		32	.../.../20..	
13	.../.../20..		33	.../.../20..	
14	.../.../20..		34	.../.../20..	
15	.../.../20..		35	.../.../20..	
16	.../.../20..		36	.../.../20..	
17	.../.../20..		37	.../.../20..	
18	.../.../20..		38	.../.../20..	
19	.../.../20..		39	.../.../20..	
20	.../.../20..		40	.../.../20..	

Yukarıda kimliği yazılı öğrenci .../.../ ile .../.../ tarihleri arasında toplam iş günü staj yapmıştır.

.../.../...
BİRİM YETKİLİSİNİN

(Kaşe ve İmza)

DUYURU

STAJ YAPACAK ÖĞRENCİLERİMİZİN **SGK WEB SAYFASINA** GİREREK E-HİZMETLER ONLİNE SERVİSİNDEN ALACAKLARI SAĞLIK PROVİZYON SORGULAMA SONUÇLARINI STAJ MÜRACAATLARI ESNASINDA NÜFUS CÜZDAN FOTOKOPİSİ İLE BİRLİKTE TESLİM ETMELERİ GEREKMEKTEDİR.

...../...../20..

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
(Ünye Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne)

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5 nci maddesinin (b) bendi gereği kısmi zamanlı olarak çalışmak istiyorum.

Aşağıda işaretlediğim kurumdan veya ailemden sağlık yardımı almaktayım/herhangi bir sağlık yardımı almıyorum.

- 1- Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım
- 2- Sosyal Sigortalar Kurumuna tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var
- 3- Bağ-Kur'a tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var
- 4- Emekli Sandığına tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var
- 5- Yeşil kart kapsamında sağlık yardımı almaktayım
- *6- Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum

***(6 ncı bölümü işaretleyenler dilekçenin alt bölümünü de dolduracaklardır)**

T.C. KİMLİK :

ADI SOYADI :

FAKÜLTE/Y.O./ M.Y.O./ENST. :

ÜNİVERSİTE NO :

İKAMETGAH ADRESİ :

TEL/GSM :

KİSMİ ZAMANLI OLARAK ÇALIŞILAN YER :

İMZA :

Bu bölüm herhangi bir sosyal güvencesi olmayan veya Üniversitemiz tarafından sağlık yardımı yapılan öğrenciler tarafından doldurulacaktır.

...../...../20..

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Kültür Ve Spor Daire Başkanlığına)

Anne, baba veya bana bakmakla yükümlü herhangi bir yakınımın sosyal güvencesi olmadığından ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı vb.) tabi olarak çalışmadığımdan dolayı 5510 sayılı Kanununun 5 inci maddesinin b bendine 6111 sayılı Kanununun 24 üncü maddesi ile eklenen "...ve bunlardan bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar hakkında ayrıca genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır." Hükümü gereğince genel sağlık sigortası tescilimin yapılmasını talep ediyorum.

T.C. KİMLİK :

ADI SOYADI :

İMZA :

Not: Beyanımın doğruluğunu, durumunda değişiklik olması durumunda değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı, gecikme faizi ve doğabilecek her türlü giderlerin tarafımda ödeneceğimi kabul ve taahhüt ederim.