



T.C.  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Eskipazar Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü



Sayı : E-20399937-304.03-306545  
Konu : Staj

29.12.2023

İLGİLİ MAKAMA

Meslek Yüksekokulumuz.....numaralı ..... isimli öğrencisi Karabük Üniversitesi Meslek Yüksekokulları Staj Yönergesi gereği 30 iş günü (240 saat) zorunlu staj yapmakla yükümlüdür. Staj sigorta primi 5510 Sayılı Kanunun 5/b maddesi gereği Üniversitemiz tarafından yatırılacaktır. Söz konusu öğrencinin işletmenizde staj yapmasının tarafınızca uygun görülmesi durumunda, ekteki staj başvuru formunun "İşletme Onayı" kısmının doldurulup imzalandıktan sonra **staj başlama tarihinden en geç 10 gün önce başvuru formunun Yüksekokulumuza ulaştırılması** hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Tülay EKEMEN KESKİN  
Müdür

Ek:Staj Başvuru Formu (1 Sayfa)

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu: BSLNZHLT3F

Belge Doğrulama Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSFNZHLJVL&eS=306545>

Adres: Bahçepınar Mah. Hastane Cad. No:37 Eskipazar / Karabük  
Telefon: (370) 418-7700 Belge Geçer: (370) 418-8101  
e-Posta: emyo@karabuk.edu.tr İnternet Adresi: <http://emyo.karabuk.edu.tr>  
Kep Adresi: karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Mustafa ŞEN  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni





KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
ESKİPAZAR MESLEK YÜKSEKOKULU  
STAJ BAŞVURU FORMU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik Numarası:

Öğrenci Numarası:

Programı:

Telefon Numarası:

Öğrencinin Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü

**22 (SGK Belge Kodu)-** Annem veya babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle staj süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum. (Sigortalı olarak bir işte çalışanlarda bu seçeneği işaretleyeceklerdir.)

**43 (SGK Belge Kodu)-** Herhangi bir şekilde genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle staj süresince genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

Stajımı aşağıda bilgileri verilen işletmede yapacağım. Yukarıda işaretlediğim genel sağlık sigortası beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafıma ödeneceğini beyan ve taahhüt ediyorum. Ayrıca staj süresince Karabük Üniversitesi Meslek Yüksekokulları Staj Yönergesine, işletme disiplini ve çalışma kurallarına uyacağımı beyan ve taahhüt ediyorum.

Tarih: ... / ... / 202.....

Öğrencinin Adı Soyadı:

İmza:

İŞLETME ONAYI

(İşletmeye ilişkin aşağıda istenen bilgiler, işletme yetkilisi tarafından eksiksiz doldurulmalıdır. Aksi takdirde form kabul edilmeyecektir!)

İşletme Adı:

Kamu İşletmesi

Özel Sektör İşletmesi

İşletmede Çalışan Personel Sayısı:

İşletmenin Üretim / Hizmet Alanı:

İşletmenin Telefon Numarası:

İşletmenin E-Mail Adresi:

İşletmenin Adresi:

BELİRLENEN STAJ TARİHLERİ

(Staj Süresi 30 İş Günüdür)

Kamu İşletmeleri ile Bazı Özel Sektör İşletmeleri İçin  
Cumartesi, Pazar ve Resmi Tatil Günleri Hariç Olmak Üzere  
Haftada Beş Gün Olarak Belirlenen Staj Tarihleri

Bazı Özel Sektör İşletmeleri İçin  
Pazar ve Resmi Tatil Günleri Hariç Olmak Üzere  
Haftada Altı Gün Olarak Belirlenen Staj Tarihleri

Staj Başlama Tarihi: 12 Şubat 2024 Staj Bitiş Tarihi: 22 Mart 2024

Staj Başlama Tarihi: 12 Şubat 2024 Staj Bitiş Tarihi: 16 Mart 2024

Staj Başlama Tarihi: 26 Şubat 2024 Staj Bitiş Tarihi: 05 Nisan 2024

Staj Başlama Tarihi: 04 Mart 2024 Staj Bitiş Tarihi: 06 Nisan 2024

Staj Başlama Tarihi: 15 Nisan 2024 Staj Bitiş Tarihi: 28 Mayıs 2024

Staj Başlama Tarihi: 15 Nisan 2024 Staj Bitiş Tarihi: 21 Mayıs 2024

Yukarıda kimlik bilgileri yazılı öğrencinin yukarıda işaretlenerek belirtilen tarihlerde başlamak ve bitirmek üzere işletmemizde stajını yapması uygun görülmüştür.

Tarih: ... / ... / 202...

İşletme Onayı  
Mühür/Kaşe-İmza

Öğrencinin stajını yukarıda bilgileri verilen işletmede yapması uygun görülmüştür.

... / ... / 202...

Yüksekokul Program Sorumlusu  
Kaşe-İmza