|  |
| --- |
| **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  **İNSAN VE TOPLUM BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **MÜTERCİM VE TERCÜMANLIK BÖLÜMÜ** |
| **STAJ KABUL FORMU** |



|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** | |
| **Adı ve Soyadı** | **:** |
| **Bölümü/Anabilim Dalı** | **:** |
| **Öğrenci No** | **:** |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** |
| **Cep Telefonu** | **:** |
| **YAPACAĞI STAJIN** | |
| **Türü** | **:**  **Zorunlu**  **İsteğe Bağlı (Gönüllü)** |
| **Süresi (İş Günü)** | **:** |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihi** | **:** ……. /..…/202... - ..…/..…/202... |
| **Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhüdü**  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle işyeri uygulaması boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul etmiyorum.**  Ailemden Annem/ Babam üzerinden Genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle işyeri uygulaması boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı **kabul ediyorum.** | |
| * Yukarıda belirtilen tarihler arasında ……. iş günlük stajımı yapacağım. * Staj yaptığım süre içerisinde işyeri disiplin ve çalışma kurallarına uyacağımı kabul ediyorum. * Stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az bir hafta önceden ilgili eğitim (okul) birimine bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim. * **Kovid-19 ile ilgili riskler hakkında okulumun tarafıma gerekli bilgilendirme ve uyarıyı yaptığını, Sağlık Bakanlığı web sitesinde yer alan bilgilendirmeleri (** [**https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/**](https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/) **) kabul ediyorum. Devam eden salgın (pandemi) sürecinde tüm bu riskleri üstlenerek stajımı yapmak istiyorum.**   ….. / …… / 202….  **Öğrencinin İmzası** | |
| Yukarıda bilgileri yer alan bölümümüz öğrencisi belirtilen iş günü kadar staj yapacaktır. Stajlar iş günü) olup; bir hafta 5 iş günü olarak kabul edilir. Cumartesi, Pazar ve resmi tatil günlerindeki çalışmalar, staj süresinden sayılmayacaktır. Staj süresi boyunca öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.  ….. /…… / 202....  **Onay**  Bölüm Staj Sorumlusu | |

|  |  |
| --- | --- |
| **İŞYERİNİN**  **Unvanı** | **:** |
| **Adresi** | **:** |
| **Telefon ve Faks Numarası** | **:** |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası / Vergi Numarası** | **:** |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | **:** |
| **E-Posta Adresi** | **:** |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |
| **Çalışan Sayısı** | **:** |
| Yukarıda adı soyadı ve T.C. kimlik numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.  İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN  Adı Soyadı (Ünvanı) Mühür ve İmza | |

**UYGUNDUR**

….. / …… / 202...

**Bölüm Staj Komisyon Yetkilisi**

**Not:** 1-Staj Kabul Formu (2) adet düzenlenecek olup, (2) adet nüfus cüzdanı fotokopisi eklenecek ve anabilim dalına elden teslim edilecektir.

2-Öğrenci staj esnasında **rapor alırsa** raporunu aldığı gün fakülte staj birimi sorumlusu ve anabilim dalı komisyonuna bildirmek zorundadır. Fakülte staj birimi sorumlusu; ([rcavus@sakarya.edu.tr](mailto:rcavus@sakarya.edu.tr)), **Almanca** Mütercim ve Tercümanlık öğrencileri için ([sauamtstaj@gmail.com](mailto:sauamtstaj@gmail.com)), **İngilizce** Mütercim ve Tercümanlık öğrencileri için ise ([sauimtstaj@sakarya.edu.tr](mailto:sauimtstaj@sakarya.edu.tr))

3- Bildirmeyen öğrenci **cezai işlemden** sorumludur.