Ek-2:

ÇORLU MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ
MAKİNE MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

Bölümünüz ..... sınıf ..... numaralı öğrencisiyim. Stajımı .....'da yapmak istiyorum.
Stajın zorunlu olduğunu belirtir yazının tarafıma verilmesini arz ederim.

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

ADRES:..... ADI - SOYADI

..... İMZA

.....

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
ÇORLU MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ
MAKİNE MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI

SAYI:39864599- **...../...../20....**

İLGİLİ MAKAMA

Yukarıda bilgileri geçen öğrencimizin, mezun olabilmek için Namık Kemal Üniversitesi Lisans Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliği' nin 26. maddesi gereğince öğrenim süresi içinde 60 iş günü staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Ayrıca 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun ilgili maddeleri gereği Üniversitemiz tarafından staj süresi boyunca sigortalanacaktır.

Öğrencilerimizi ihtiyaç duyduğunuz bilgi ve becerilere sahip olarak mezun edebilmek için staj çalışmalarına büyük önem vermekteyiz. Nitelikli mühendisler yetiştirme çabamıza yapacağınız katkı için şimdiden teşekkür eder, işlerinizde başarılar dileriz.

.....

Bölüm Staj Komisyon Başkanı

Silahtar Mah. Sinan Dede Mevkii Çerkezköy Yolu 3.km. 59860 - Çorlu/TEKİRDAĞ Ayrıntılı Bilgi İçin:
Telefon: (0 282) 250 23 00 Faks:(0 282) 250 99 24
e-posta : corlumuh@nku.edu.tr Elektronik Ağ : http://cmf.nku.edu.tr

EK-3.

.... /.... / .....

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ÇORLU MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ

..... MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

Bölümünüz ..... numaralı .... isimli öğrencinizin ...../...../.....-...../...../..... tarihleri arasında firmamızda ..... stajını yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

.....

Firma Kaşesi

Yetkili İmzası

Yetkili Adı-Soyadı

Not: "Firma uygundur belgesi"nin kabulu için tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.

EK-4:

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
ÇORLU MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SİGORTA BAŞLATMA İŞLEM BELGESİ

Aşağıda Açık Kimliği belirtilen öğrencimiz "Namık Kemal Üniversitesi Çorlu Mühendislik Fakültesi Staj Yönergesi" gereği toplam 60(Altmış) işgünü staj yapmakla yükümlü bulunmaktadır. Ayrıca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun ilgili maddeleri gereği Üniversitemiz tarafından staj süresi boyunca sigortalanacaktır.

Bölüm Staj Komisyon Başkanı

Öğrencinin;

Uyruğu / T.C. Nosu		Kendisine Ait Sağlık Güvencesi*	☐ Var ☐ Yok
Adı Soyadı		Babası	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli ☐ Ölü
Medeni Durumu		Babasının Sosyal Güvencesi	☐ Var ☐ Yok
Cinsiyeti		Annesi	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli ☐ Ölü
Doğum Yeri / Tarihi		Annesinin Sosyal Güvencesi	☐ Var ☐ Yok
Bölümü		Ev Adresi	
Öğrenci Numarası		Ev / Cep Telefonu	

Öğrencinin Staj Yapacağı Kurum veya Kuruluş

Firma Adı	:.....	Stajın Yapılacağı Bölüm	:.....
Adresi	:.....	Sorumlu Staj Amiri	:.....
	.....	Staj Amirinin Unvanı	:.....
	.....	Staj Amiri Telefon No	:.....
Faaliyet Alanı	:.....	İş Yeri Telefon No	:.....

- Yukarıda Kimlik Bilgileri yazılı öğrenci aşağıda belirtilen tarihler arasında işyerimizde/firmamızda/kurumumuzda ..... işgünü olan stajını yapacaktır.
- Öğrencinin staj süresince sigorta primleri Fakültenizce karşılanacaktır. Bu nedenle;
- Öğrencinin staja başlama tarihini en az 1 (bir) hafta önce Fakültenize bildireceğimi,
- Öğrencinin staja başlama ve bitiş tarihlerinin değişmesi halinde en az 1 (bir) hafta önce Fakültenize bildireceğimi,
- Öğrencinin staja başlamaması veya stajını tamamlamaması gibi durumlarda derhal Fakültenize bildireceğimi,

Taahhüt ederim.

Staja Başlama Tarihi : ...../...../20..... İşyeri Kaşe

Staj Bitiş Tarihi : ...../...../20..... Yetkili İmza

Yukarıda belirtilen firmada ...../...../20..... - ...../...../20..... tarihler arasında ..... işgünü olan stajımı yapacağım.

- Beyan ettiğim bilgilerin doğru olduğunu ,
- Staja başlama tarihini ve istenilen belgeleri en az 1 (bir) hafta önceden Fakültenize bildireceğimi,
- Staja başlama-bitiş tarihleri,
- Staj yaptığım kurum,
- Anne-Baba sosyal güvenceleri ve diğer bilgilerde meydana gelecek değişiklikleri
<u>ivedilikle</u> Fakültenize bildireceğimi beyan ederim. Aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Teslim Tarihi : ...../...../..... Öğrencinin Adı Soyadı :

İmza :

* Annesi ya da babasının sağlık güvencesi haricinde, kendine ait sağlık güvencesi olan öğrenciler "**Var**" kutusunu işaretlemelidir.