



T.C. AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
MÜHENDİSLİK ve MİMARLIK FAKÜLTESİ
İNŞAAT MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ

Fotoğraf

İLGİLİ MAKAMA

Fakültemiz İnşaat Mühendisliği Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar 60 iş günü staj yapma zorunluluğu vardır. 5510 sayılı kanun gereğince sigortası üniversitemiz tarafından yapılacak olan ve aşağıda kimlik bilgileri verilen öğrencimizin, stajını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

Staj Komisyonu Başkanı
.../.../20

Öğrencinin Bilgileri:

Adı Soyadı			
Öğrenci No	E-Posta		
Sınıfı	Telefon No.		
İkametgâh Adresi			
Danışmanı	İmza:	Tarih:	

Öğrencinin Nüfus Kayıt Bilgileri:

Soyadı	Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Adı	İlçe	
Baba Adı	Mahalle- Köy	
Ana Adı	Cilt No.	
Doğum Yeri	Aile Sıra No.	
Doğum Tarihi	Sıra No.	
T.C. Kimlik No.	Verildiği Nüfus Dairesi	
N. Cüzdan Seri No.	Veriliş Nedeni	
S.G.K. No.	Veriliş Tarihi	
	Askerlik Durumu	

Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, belirtilen yerde ve sürede stajımı yapacağımı taahhüt ederim.

Öğrencinin İmzası
.../.../20



T.C. AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
MÜHENDİSLİK ve MİMARLIK FAKÜLTESİ
İNŞAAT MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ

Fotoğraf

İLGİLİ MAKAMA

Fakültemiz İnşaat Mühendisliği Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar 60 iş günü staj yapma zorunluluğu vardır. 5510 sayılı kanun gereğince sigortası üniversitemiz tarafından yapılacak olan ve aşağıda kimlik bilgileri verilen öğrencimizin, stajını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

Staj Komisyonu Başkanı
..../..../20

Öğrencinin Bilgileri:

Adı Soyadı			
Öğrenci No		E-Posta	
Sınıfı		Telefon No.	
İkametgâh Adresi			
Danışmanı		İmza:	Tarih:

Öğrencinin Nüfus Kayıt Bilgileri:

Soyadı		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Adı		İlçe	
Baba Adı		Mahalle- Köy	
Ana Adı		Cilt No.	
Doğum Yeri		Aile Sıra No.	
Doğum Tarihi		Sıra No.	
T.C. Kimlik No.		Verildiği Nüfus Dairesi	
N. Cüzdan Seri No.		Veriliş Nedeni	
S.G.K. No.		Veriliş Tarihi	
		Askerlik Durumu	

Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, belirtilen yerde ve sürede stajımı yapacağımı taahhüt ederim.

Öğrencinin İmzası
..../..../20



T.C. AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
MÜHENDİSLİK ve MİMARLIK FAKÜLTESİ
İNŞAAT MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ

Fotoğraf

İLGİLİ MAKAMA

Fakültemiz İnşaat Mühendisliği Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar 60 iş günü staj yapma zorunluluğu vardır. 5510 sayılı kanun gereğince sigortası üniversitemiz tarafından yapılacak olan ve aşağıda kimlik bilgileri verilen öğrencimizin, stajını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, saygılar sunarız.

Staj Komisyonu Başkanı

.../.../20

Öğrencinin Bilgileri:

Adı Soyadı			
Öğrenci No	E-Posta		
Sınıfı	Telefon No.		
İkametgâh Adresi			
Danışmanı	İmza:	Tarih:	

Öğrencinin Nüfus Kayıt Bilgileri:

Soyadı	Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Adı	İlçe	
Baba Adı	Mahalle- Köy	
Ana Adı	Cilt No.	
Doğum Yeri	Aile Sıra No.	
Doğum Tarihi	Sıra No.	
T.C. Kimlik No.	Verildiği Nüfus Dairesi	
N. Cüzdan Seri No.	Veriliş Nedeni	
S.G.K. No.	Veriliş Tarihi	
	Askerlik Durumu	

Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu, belirtilen yerde ve sürede stajımı yapacağımı taahhüt ederim.

Öğrencinin İmzası

.../.../20

STAJYER KABUL FORMU

Avrasya Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi İnşaat Mühendisliği Bölümü öğrencilerinden.....nolu,.....'in-..... tarihleri arasında kurumumuzda stajyer olarak görev almasını kabul ediyoruz.

Formu Dolduran Kişinin;

Adı Soyadı.....

Görevi /Pozisyonu.....

Tarih..... /...../.....

İmza

Kurum Kaşesi :

Staj Yapılacak Kurumun;

Adı :

Açık Adresi :

Tel:Faks:E-posta:

Sektörü :

Faaliyet Konusu :

STAJYER KABUL FORMU

Avrasya Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi İnşaat Mühendisliği Bölümü öğrencilerinden.....nolu,.....'in-..... tarihleri arasında kurumumuzda stajyer olarak görev almasını kabul ediyoruz.

Formu Dolduran Kişinin;

Adı Soyadı.....

Görevi /Pozisyonu.....

Tarih..... /...../.....

İmza

Kurum Kaşesi :

Staj Yapılacak Kurumun;

Adı :

Açık Adresi :

Tel:Faks:E-posta:

Sektörü :

Faaliyet Konusu :

STAJ YERİ BİLDİRİM FORMU

Avrasya Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dekanlığı'na,

..... - tarihleri arasındaki stajımı, aşağıda hakkında bilgi sunduğum kurumda yapmak istiyorum. Gerekli işlemlerin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

Öğrencinin ;

Adı Soyadı :

Bölümü :

Sınıfı :

Numarası :

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

İmza :

Stajının Türü :

Staj Yapılacak Kurumun;

Adı :

Açık Adresi :

Tel.:Faks:E-posta:

Sektörü :

Faaliyet Konusu :

Personel Sayısı :

Temas Kurulacak Kişinin;

Adı Soyadı :

Görevi /Pozisyonu :

Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden Kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulma gerekmektedir ve Öğrencilerin Sosyal Güvenlik Kurumuna gitmelerine gerek duyulmamaktadır.

AİLE SAĞLIK YARDIMI SORGULAMA BELGESİ

SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER:

T.C. Kimlik Numarası	
Nüfus İli	
Cilt No	
Doğum Yılı	

ÖĞRENCİNİN SAĞLIK YARDIMI İLE İLGİLİ DOĞRULAYACAĞI BİLGİLER

Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/>	Bayan <input type="checkbox"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınızı Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Yeşil Kartlıyım (Eski)	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalıyım (GSS)	<input type="checkbox"/>
Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Çiftçi. Fakat Tarım Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>

Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda

Başkanlığınıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.

Adı Soyadı :

...../...../201.

İmza

Not: Başka Bir İşte Çalışıyorsanız ve adımıza Asgari Ücret Düzeyinde Sigorta Primi Ödeniyorsa Kısmi Zamanlı Öğrenci Olarak Çalışamazsınız.

Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden Kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulma gerekmektedir ve Öğrencilerin Sosyal Güvenlik Kurumuna gitmelerine gerek duyulmamaktadır.

AİLE SAĞLIK YARDIMI SORGULAMA BELGESİ

SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER:

T.C. Kimlik Numarası	
Nüfus İli	
Cilt No	
Doğum Yılı	

ÖĞRENCİNİN SAĞLIK YARDIMI İLE İLGİLİ DOĞRULAYACAĞI BİLGİLER

Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/>	Bayan <input type="checkbox"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Yeşil Kartlıyım (Eski)	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalıyım (GSS)	<input type="checkbox"/>
Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evlüyüm Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Çiftçi, Fakat Tarım Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>

Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda

Başkanlığınıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezal durumu peşinen kabul ederim.

Adı Soyadı :

...../...../201.

İmza

Not: Başka Bir İşte Çalışıyorsanız ve adınıza Asgari Ücret Düzeyinde Sigorta Primi Ödeniyorsa Kısmi Zamanlı Öğrenci Olarak Çalışamazsınız.