

STAJ DEFTERİ

Adı ve soyadı	
Öğrenci No	
Bölümü	

T.C
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
FEN FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

STAJ BİLGİLERİ

Fotoğraf

ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	
Bölümü	
Öğrenci No	

İŞYERİ / KURUM	
Adı	
Adresi	
Telefon ve Faksı	
e-posta Adresi	

İŞYERİ / KURUM YETKİLİSİ	
Adı Soyadı ve Ünvanı	
İmza ve Kaşe Onay Tarihi	

YAPILAN ÇALIŞMALAR;

ÇALIŞMANIN		Tasdik Edenin İmza ve Mühürü
KONUSU;	YAPILDIĞI TARİH:	

T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
FEN FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

STAJ DEVAM ÇİZELGESİ

ADI SOYADI : BÖLÜMÜ :
STAJ DÖNEMİ : OKUL NO :
ÖĞRETİM YILI :

STAJ TARİHLERİ : .../.../20... İLE .../.../20... arası

Gün	Tarih	Çalışılan Birim	*	İmza	Gün	Tarih	Çalışılan Birim	*	İmza
1	.../.../20...				31	.../.../20...			
2	.../.../20...				32	.../.../20...			
3	.../.../20...				33	.../.../20...			
4	.../.../20...				34	.../.../20...			
5	.../.../20...				35	.../.../20...			
6	.../.../20...				36	.../.../20...			
7	.../.../20...				37	.../.../20...			
8	.../.../20...				38	.../.../20...			
9	.../.../20...				39	.../.../20...			
10	.../.../20...				40	.../.../20...			
11	.../.../20...				41	.../.../20...			
12	.../.../20...				42	.../.../20...			
13	.../.../20...				43	.../.../20...			
14	.../.../20...				44	.../.../20...			
15	.../.../20...				45	.../.../20...			
16	.../.../20...				46	.../.../20...			
17	.../.../20...				47	.../.../20...			
18	.../.../20...				48	.../.../20...			
19	.../.../20...				49	.../.../20...			
20	.../.../20...				50	.../.../20...			
21	.../.../20...				51	.../.../20...			
22	.../.../20...				52	.../.../20...			
23	.../.../20...				53	.../.../20...			
24	.../.../20...				54	.../.../20...			
25	.../.../20...				55	.../.../20...			
26	.../.../20...				56	.../.../20...			
27	.../.../20...				57	.../.../20...			
28	.../.../20...				58	.../.../20...			
29	.../.../20...				59	.../.../20...			
30	.../.../20...				60	.../.../20...			

Çalıştığı Günler Toplamı :iş günü
Birim Sorumlusu :
Adı Soyadı :
Ünvanı :
İmzası :

Çalışmadığı Günler Toplamı :iş günü
İşletme Personel Sorumlusu:
Adı Soyadı :
Ünvanı :
İmzası :

*Açıklamalar : Y: Yok Ü: Ücretli H: Hasta Sevk R: Raporlu,
+ : Var M: Mazaretli İK: İş Kazası G: Görevli

Balıca
Fen Fakültesi
18000 – ÇANKIRI

Tel : (376) 218 11 23
Faks : (376) 218 10 31
E-pota : fenfd@karatekin.edu.tr

STAJ DEĞERLENDİRME FORMU	FORM NO	
	REVİZYON NO	
	REVİZYON TARİHİ	
	YAYIN TARİHİ	
	SAYFA NO	

BU BÖLÜM ÖĞRENCİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

ÖĞRENCİNİN

ADI SOYADI :

BÖLÜMÜ :

OKUL NO :

ÖĞRETİM YILI :

STAJ DÖNEMİ :

--

BU BÖLÜM İŞVEREN TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

STAJ BAŞLAMA TARİHİ:	STAJ BİTİRME TARİHİ:		
ÇALIŞTIĞI GÜN SAYISI:	ÇALIŞMADIĞI GÜN SAYISI:		
KRİTERLER	NOT	KRİTERLER	NOT
MESLEKİ BİLGİ VE BECERİ DÜZEYİ		İŞYERİNDE İLETİŞİM BECERİSİ	
İŞE İLGİSİ		GÜVENLİK KURALLARINA UYUMU	
SORUMLULUK DUYGUSU		UYGUN VE TUTUMLU MALZEME KULLANMA BECERİSİ	
VERİMLİLİĞİ		TERTİP VE DÜZENLİLİĞİ	
ZAMAN YÖNETİMİ		İŞE DEVAM DURUMU	
(HER BİR KRİTER İÇİN DEĞERLENDİRMEYİ 100 ÜZERİNDEN YAPINIZ.)		SONUÇ (ORTALAMA) NOT:	
İŞYERİ, MEZUN OLDUKTAN SONRA ÖĞRENCİYİ İŞE ALMAYI DÜŞÜNÜYOR MU?		<input type="radio"/> EVET	<input type="radio"/> HAYIR

İŞVEREN/YETKİLİ ONAYI

ÖĞRENCİ HAKKINDAKİ GENEL DÜŞÜNCELER	İŞVEREN YETKİLİSİ
	ADI SOYADI: İŞVEREN ÜNVANI: İMZASI: İŞYERİ KAŞESİ:

BU BÖLÜM FAKÜLTE STAJ BÖLÜM KURULU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

RAPORLAR	AĞIRLIK	ALDIĞI NOT	AĞIRLIKLI ÇARPIM	
A. STAJ RAPOR DOSYASI				
B. İŞVEREN DEĞERLENDİRME NOTU				
SAPTANAN BAŞARI NOTU(A+B):				SONUÇ: <input type="radio"/> BAŞARILI <input type="radio"/> BAŞARISIZ

BÖLÜM STAJ KOMİSYONU
ÜYEBÖLÜM STAJ KOMİSYONU
ÜYEBÖLÜM STAJ KOMİSYONU
BAŞKANIBalıca
Fen Fakültesi
18000 – ÇankırıTel : (376) 218 11 23
Faks : (376) 218 10 31
e-posta : fenfd@karatekin.edu.tr

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ
(4/1-a-b kapsamındaki sigortalılar için)

Ek-4

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C. Kimlik Numarası)				BELGENİN MAHİYETİ				İlk <input type="checkbox"/>			
								Tekrar <input type="checkbox"/>			
A-SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ											
1	Adı				11	Yabancı Uyruklu İşe Ülke Adı					
2	Soyadı				12	Öğrenim durumu	İlköğr.	<input type="checkbox"/>	Lise	<input type="checkbox"/>	
3	İlk Soyadı						Ön lisans	<input type="checkbox"/>	Lisans	<input type="checkbox"/>	
4	Baba Adı						Okur yazar	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>	
5	Ana Adı				13	Askerlik durumu	Başlangıç-Bitiş Tarihi .../.../.....-.../.../.....				
6	Doğum Yeri						Er	<input type="checkbox"/>	Yedek Sb	<input type="checkbox"/>	
7	Doğum Tarihi				Muaf	<input type="checkbox"/>	Tecilli	<input type="checkbox"/>			
8	Cinsiyeti	Erkek	<input type="checkbox"/>	Kadın	<input type="checkbox"/>	14 İkametgah adresi : Bulvar: Cadde: Sokak: Dış Kapı No: İç K.No: Mahalle/Köy: Posta Kodu : İlçe: İl:					
9	Medeni Hali	Evli	<input type="checkbox"/>	Bekar	<input type="checkbox"/>						
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER											
10	İl										
	İlçe										
	Mahalle/Köy										
	Cilt No										
	Aile SıraNo(Hane-Kütük)										
(Birey) Sıra No											
B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ											
15	Sigortalılık Türü/'kodu	4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan <input type="checkbox"/>			16	Sigortalı İş Kanununun 30. Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa	Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>				
		4 (b) Muhtar ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan <input type="checkbox"/>					Özürlü <input type="checkbox"/>				
17	01.10.2008 Tarihinden Önce Çalışmış İşe	Kurumu	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	506-G.20. mad. san.					
		Sicil Numarası									
18	Yaşlılık Aylığı Alıyorsa Devam Etmek İsteddiği Sigorta Kolu				Sosyal Güv.Dest.Primi	<input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>				
19	4-1/b Kapsamındaki Sigortalının			Mesleği	Meslek İli	Meslek İlçesi					
20	Sigortalının İşe Başladığı Tarih			.../.../.....							
C-BEYAN VE TAAHHÜTLER											
21	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma ve İşverene bildireceğimi beyan ederim./...../.....					Sigortalının Adı- Soyadı: İmzası					
22	İŞYERİ SİCİL NUMARASI								23	İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI	
	M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU ESKİ YENİ	İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT NO	ALT İŞV			
24	İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv.				İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi						
				Bulvar: Cadde:						
.....				Sokak: Dış Kapı No: İç K.No:							
.....				Mahalle/Köy: Posta Kodu :							
.....				İlçe: İl:							
Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim./...../..... Onaylayanın Yetkilinin Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi											

AÇIKLAMALAR

1. Bu belge, hizmet akdine tabi çalışanlar ile muhtar ve kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan sigortalıların 5510 sayılı Kanununun 8 inci maddesine göre Kuruma bildirilmesi amacıyla kullanılır.

2. Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi Kuruma internet, elektronik veya benzeri ortamda verilir. İşverenler bilgisayarlarından alacakları Kurumca üretilmiş barkod numaralı çıktıların bir nüshasını sigortalıya verir, bir nüshası da işverence sigortalı dosyasında saklanır. Ancak, Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlar hakkında Kuruma yapılacak bildirimler, söz konusu sigortalıları bildirmekle yükümlü kurum ve kuruluşlar ile Kurum arasında internet ve elektronik alt yapı oluşturuluncaya kadar kağıt ortamında yürütülür.

Tarımsal faaliyette bulunanlara ait sigortalı işe giriş bildirgesi, ziraat odasınınca, ziraat odası bulunmayan yerlerde tarım il/ilçe müdürlüklerince veya kendileri tarafından kayıt tarihinden itibaren 30 gün içinde Kuruma bildirilir. Ziraat odaları, tarım il/ilçe müdürlükleri işe giriş bildirgesini elektronik veya benzeri ortamda bildirebileceği gibi postayla da gönderilebilirler.

3. "Sosyal Güvenlik Sicil Numarası" hanesine, T.C kimlik numarası, yabancı uyruklular için ise Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğünce verilen kimlik numarası yazılır. Bu alan en soldaki kutucuktan başlamak üzere her kutuya bir rakam gelecek şekilde doldurulur.

4. Bu bildirgenin bütün haneleri, nüfus cüzdanına ve sigortalı tarafından işverene ibraz edilen diğer resmi belgelere göre tam, doğru ve okunaklı olarak doldurulur. Noksan ve hatalı düzenlenen bildirme işleme alınmaz ve sigortalının tescil işlemi yapılmaz. Bundan doğabilecek tüm sorumluluklar işveren, ilgili kurum ve kuruluş ile sigortalıya aittir.

5. "Belgenin Mahiyeti" bölümünde ilk defa sigortalı olacak kişi için düzenlenen bildirgenin üst bölümündeki "İlk", daha önce sigorta olanlar ise "Tekrar" kelimesinin yanındaki kutu (X) ile işaretlenir.

6. 1 ila 14 numaralı alanlar sigortalının nüfus cüzdanı bilgileri ile uyruk, öğrenim, askerlik durumu ve adres bilgilerine göre doldurulur.

7. 15 numaralı alanda belirtilen sigortalılık türü alanı,, 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) veya (b) bendi kapsamında olup olmadığına göre işaretlenir. Sigortalılık kodları;

(a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için;

- (0) Mecburi sigortalı
- (2) Sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmayan ülkelerde çalışan Türk işçileri
- (5) Göçmenler
- (6) Yurtdışı borçlanması yapanlar
- (7) Çıraklar ve stajyer öğrenciler
- (8) Sosyal güvenlik destek primine tabi çalışanlar
- (10) Cezaevlerindeki hükümlü ve tutuklular
- (11) Sanatçılar, düşünürler ve yazarlar
- (12) Sözleşmesiz ülkeler yabancı uyruklu sigortalılar
- (13) 4081 Sayılı Kanuna göre çalışanlar
- (14) Umumi kadınlar
- (15) Usta ve sözleşmeli öğretici
- (16) Sendika konfederasyon başkanlıkları, yönetim kurulu üyeleri
- (17) 657 sayılı Kanununun 4/b kapsamında çalışanlar
- (18) 657 sayılı Kanununun 4/c kapsamında çalışanlar

(b) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için;

- (1) Muhtar
- (2) Vergi mükellefleri
- (3) Vergiden muaf olanlar
- (4) Şirket ortakları
- (5) Tarımsal faaliyette bulunanlar
- (6) İsteğe bağlı sigortalılar
- (7) Jokey ve antrenörler
- (8) Avukatlar
- (9) Noterler

8. Yaşlılık aylığı almakta iken yeniden çalışmaya başlayanlardan; aylıklarının ödenmesine devam edilmesini isteyenler için bu bildirgenin 18 numaralı alandaki "Sosyal Güvenlik Destek Primi", aylıklarının kesilmesini isteyenler için ise aynı alandaki "Tüm Sigorta Kolları" sözcüğünden sonraki kutu (X) ile işaretlenir.

9. 19 numaralı alana Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapasamındaki sigortalıların mesleği, meslek ili ve ilçesi yazılır.

10.20 numaralı alana sigortalının ilk veya tekrar işe başladığı tarih yazılır..

11. Bildirgenin "C-Beyan ve Taahhütler" bölümününün 21 numaralı alanı, internet ortamı dışında verilmesi halinde sigortalı tarafından imzalanır. 22 numaralı alana, Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıları çalıştıran işveren bilgileri, 23 numaralı alana ise, 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) kapsamındaki sigortalıları bildirmekle yükümlü ilgili kurum, kuruluş, birlikler veya vergi daireleri bilgileri yazılır..

12. Kanununun 4 ve 5 inci maddeleri gereğince hizmet akdine tabi olarak sigortalı çalıştıran işverenlerle 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi gereğince sigortalıları sigortalılık başlangıcından itibaren kendi mevzuatlarına göre kayıt veya tescil yapan ilgili kurum, kuruluş ve birlikler veya vergi dairelerinden sigortalı işe giriş bildirgesini yasal süresi içinde Kuruma vermeyenlere her bir sigortalı için idari para cezası uygulanır. Belgenin Kuruma yasal süresinde verilir verilmemişinin tespitinde adı postayla gönderilmesi halinde Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih, iadeli taahhütlü veya acele posta ile gönderilmesi halinde postaya veriliş tarihi esas alınır.