

|                                                                                   |                                                                                       |                   |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|
|  | <b>SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK<br/>YÜKSEKOKULU<br/>EK-3<br/>STAJ/İŞLETME BİLGİ FORMU</b> | Doküman Kodu      | FR.SHMYO.02  |
|                                                                                   |                                                                                       | Yayın Tarihi      | 28.05.2025   |
|                                                                                   |                                                                                       | Revizyon Tarihi   | 10.06.2026   |
|                                                                                   |                                                                                       | Revizyon Numarası | 01           |
|                                                                                   |                                                                                       | Gizlilik Sınıfı   | Hizmete Özel |
|                                                                                   |                                                                                       |                   |              |

**İşyerinin**

Adı ve Unvanı:

Merkez ☐ Şube ☐

Çalışan Personel Sayısı (Stajyerler Hariç):

(Çalışan Personel Sayısı 20'den az ise son ayın Sigortalı Hizmet Listesinin Nüshasını teslim ediniz)

Yasal Durumu: Kamu ☐ Özel ☐

SGK Sicil Numarası:

Vergi Numarası /TC Kimlik No:

İşyeri Banka Adı:

İşyeri Banka IBAN No:

İşyeri Adresi:

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

**İrtibat Kurulacak Kişinin:**T.C Kimlik numarasıAdı SoyadıGöreviTelefon**İşletmede/Kurumda Staj Uygulaması Yapan Öğrencinin**T.C Kimlik numarasıAdı Soyadı**AÇIKLAMA:**

6764 Sayılı Kanun gereği Mesleki eğitim görülen işletmede 20'den az personel çalışıyor ise ödenebilecek en az asgari ücretin (%30'unun) üçte ikisi, 20 ve üzeri personel çalışıyor ise ödenebilecek en az ücretin üçte biri Devlet katkısı olarak işverene ödenecektir. İşletmeler Devlet katkısı tutarını ve işletme payına düşen tutarı her ayın 10. Gününe kadar öğrencinin banka hesabına ödemekle sorumludur. Devlet katkısı tutarı her ayın 25.günü işletmelereödenir.

☐ Beyan edilen bilgilerin yanlış olması nedeni ile ödenecek olan Devlet Katkısından yersiz olarak yararlandığım takdirde cezai işlem ve sorumluluğumu kabul ediyorum.

**İşyeri:****Kaşe ve imza:**

\*Bu form stajyerlere staj ücreti ödeyen işletmeler/kurumlar tarafından doldurulacaktır.