|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sayı :** ……………………….. ..../…./20…  **Konu :** Staj Başvurusu  İlgili Makama,  Yüksekokulumuz öğrencilerinin 20…/20…… Eğitim-Öğretim Yılı Güz/Bahar döneminde kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Öğrencilerin staj dönemleri süresince tabi olacakları sağlık primi Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını .../.../20.... ile .../.../20.... tarihleri arasında …… iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.  Uygun Görüşle Arz Ederim.  ..../…./20…  Staj Sorumlusu   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** | | | | | T.C. Kimlik Numarası | ……………………………………………………...... | | | | Adı‒Soyadı | ……………………………………………………...... | | | | Bölüm/Program | ……………………………………………………...... | | | | Sınıfı/Dönemi | ……………………………………………………...... | | | | Adresi | ……………………………………………………......  ……………………………………………………...... | | | | Telefon Numarası | Tel: …………………………… Cep no:………………………...... | | | | E‒posta Adresi | ……………………………………@………………… | | | | SGK Kaydı | Var | | Yok | | **STAJ YERİ BİLGİLERİ** | | | | | Staj Yeri Adı | ……………………………………………………...... | | | | Staj Yeri Adresi | ……………………………………………………...... | | | | Staj Yeri Üretim/Hizmet Alanı | ……………………………………………………...... | | | | Staj Yeri Yetkilisi | ……………………………………………………...... | | | | Telefon/E‒posta | Tel: …………………………… E-posta:………………………...... | | | | Staj Yerinin Web Adresi | ……………………………………………………...... | | | | Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında **….... işgünü** stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamam ya da stajdan vazgeçmem hâlinde en az ………. gün önceden “Akademik Birim Staj Komisyonu”na yazılı olarak bilgi vereceğimi aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı beyan ve taahhüt ederim.  ………………… …./…./20…  *Öğrencinin İmzası* | | | | | Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin kurumumuzda / kuruluşumuzda **…………. İşgünü** zorunlu stajını yapması  UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR | | | | | **ÖĞRENCİNİN;** | | | | | **Staj Başlama Tarihi : ………/………/20……** | | **Staj Süresi : ….. İş Günü** | | | **Staj Bitiş Tarihi : ………/………/20……** | | | **Staj Yeri Yetkilisi**  İmzası : ………………..………  Adı‒Soyadı : ………………..………  Tarih : ………/………/………  Mühür/Kaşe : | | **Program Başkanı**  İmzası : ………………..………  Adı‒Soyadı : ………………..……… | |   **ÖNEMLİ NOT:** Öğrencinin bu formu staja başlamadan önce Akademik Birimin belirleyeceği tarihe kadar “Birim Staj Sorumlusu Öğretim Elemanına” teslim etmesi zorunludur. Bu form 2 asıl kopya olarak hazırlanmalıdır (Kopyalardan biri kurumda/kuruluşta kalacak, diğeri Akademik Birime öğrenci tarafından teslim edilecektir). |