|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Sayı :** ……………………….. ..../…./20… **Konu :** Staj Başvurusu İlgili Makama,Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2022/2023 Eğitim-Öğretim Yılı 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 **10/07/2023 ile 18/08/2023** tarihleri arasında **30** 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 **30 işgünü** stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamam ya da stajdan vazgeçmem hâlinde en az **7 (yedi)** 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 yapmasıUYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR |
| **ÖĞRENCİNİN;** |
| **Staj Başlama Tarihi : 10/07/2023** | **Staj Süresi : 30 İş Günü** |
| **Staj Bitiş Tarihi : 18/08/2023** |
| **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). |