|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 yapması  UYGUN 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). |