|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İLGİLİ MAKAMA**Fakültemiz/Yüksekokulumuz öğrencilerinin 2022-2023 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 .../.../2023 ile .../.../2023 tarihleri arasında ………. iş günü süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygun Görüşle Arz Ederim.****Bölüm Başkanı** | **OLUR****.…/.…/20…..****Dekan/Müdür** |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** |
| T.C. Kimlik Numarası  |  |
| Adı Soyadı |  |
| Öğrenci Numarası |  |
| Bölüm/Program |  |
| Sınıfı/Dönemi |  |
| Adresi |  |
| Telefon Numarası |  |
| 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 |  |
| Staj Yerinin Web Adresi |  |
|  Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında **….... iş günü** 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.  ………………… …./…./…… *Öğrencinin İmzası* |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin kurumumuzda / kuruluşumuzda **…………. iş günü** zorunlu stajını yapmasıUYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR |
| **ÖĞRENCİNİN;** |
| **Staj Başlama Tarihi : 26.06.2023** | **Staj Süresi : (………..) iş günü** |
| **Staj Bitiş Tarihi : 15.09.2023** |
| **Staj Yeri Yetkilisi**İmzası : ………………..………Adı‒Soyadı : ………………..………Tarih : ………/………/………Mühür/Kaşe : | **Staj Sorumlusu**İmzası : ………………..………Adı‒Soyadı : ………………..……… | **Staj Komisyonu 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). |