Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu……………………………………………….Programı öğrencilerinden olup, aşağıda kimlik bilgileri verilen öğrencimiz **…-…-2020/ ...-…-2020** tarihlerinde 30 iş günü süre ile zorunlu stajını kurumunuzda yapma talebinde bulunmuştur. 5510 sayılı kanun gereğince **sigortası üniversitemiz** tarafından yapılacak olup, **herhangi bir staj ücreti tarafımızca ödenmeden öğrencimizin**, stajını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Program Başkanı

**Öğrenci Bilgileri ..…./…. /2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | | | | |
| **Öğrenci No.** |  | | **Program/Sınıf** | |  |
| **E-Posta** |  | | **Telefon No.** | |  |
| **Ev Adresi** |  | | | | |
| **Öğrencinin Nüfus Kayıt Bilgileri** | | | | | |
| **T.C. Kimlik No.** | |  | |
| Baba Adı | |  | |
| Ana Adı | |  | |
| Doğum Yeri Doğum Tarihi | |  | |

**İşveren veya Yetkilinin Onayı**

**İşyerinizde Staj yapmak için müracaat eden yukarıda kimlik bilgileri yazılı öğrenciniz işyerimizde staj yapması uygun görülmüştür.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kurumun / Kuruluşun İsmi |  | | | İŞYERİ İMZA-KAŞE |
| Onaylayanın adı ve soyadı |  | | |
| Üretim/Hizmet Alanı |  | | |
| Telefon |  | | |
| **Staja Başlama Tarihi** |  | **Bitiş Tarihi** |  | **Süresi ( gün)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **PROGRAM BAŞKANI ONAYI** |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder**, üniversitemizden herhangi bir ücret talep etmeden** belirtilen yerde ve sürede stajımı yapacağımı taahhüt eder staj evraklarımın hazırlanmasını arz ederim.  **İmza:**  **Tarih:** | **Tarih:** |

**NOT:** Öğrenci 18 yaşından küçükse ise form öğrenci velisi tarafından imzalanacaktır. Veli tarafından imzalandığı belirtilecektir. Form iki nüsha halinde hazırlanır. Formun  **06.05.2020** tarihine kadar program staj komisyonuna teslim edilmesi gerekmektedir.