

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**

**MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ**

**BİLGİSAYAR MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ**

**Staj Kabul Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin** | |
| **Adı ve Soyadı** |  |
| **Öğrenci No** |  |
| **TC Kimlik No** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres** |  |
| **Staj Gün Sayısı** |  |
| **Staj Başlama ve Bitiş Tarihleri** |  |

Yukarıda belirtilen tarihler arasında \_\_\_\_\_\_ iş günlük stajımı yapacağımı ve stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi ya da stajdan vazgeçmem durumunda en az 10 gün önceden ilgili fakültemin ilgili birimine bilgi vereceğimi taahhüt ederim.

**ÖĞRENCİNİN ADI VE İMZASI**

**TARİH**

Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. Staj süresi boyunca Öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.

**Staj Komisyon Başkanı**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İŞYERİNİN** | | | | |
| **Unvanı** | **:** |  | | |
| **Adresi** | **:** |  | | |
| **Tel Numarası** | **:** | **E-Posta: Web:** | | |  |
| **Vergi Numarası** | **:** |  | | |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |  | | |
| **Bilgisayar/Elektrik-Elektronik Mühendis Sayısı** | **:** |  | | |
| **Staj Amiri (Adı, Soyadı, Unvanı)** | **:** |  | | |
| **Stajda çalışılması düşünülen konu** | **:** |  | | |
| Yukarıda Adı Soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde staj yapması uygun görülmüştür.  İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN | | | | |
|  | | | Adı Soyadı  Mühür ve İmza | |
|  | | | |  |
| **… / … / ……**  **UYGUNDUR** | | | |
| **Bölüm Başkanı** | | | |
|  | | | |