|  |
| --- |
|       …… /……/ 20…..      |
|  |

 **İLGİLİ MAKAMA**

 Fakültemiz öğrencilerinin mezun olabilmeleri için eğitimleri ile ilgili staj yapma zorunluluğu bulunmaktadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince staj süresi boyunca öğrencinin sigorta işlemleri Fakültemiz tarafından yapılacaktır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin kuruluşunuzda/işyerinizde …….. iş günü staj yapmasının uygun görülmesi durumunda formun ilgili bölümünün doldurulması ve onaylanarak Fakültemize iletilmesini arz/rica ederim.

 ………… Bölüm Staj Yetkilisi

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİYE AİT BİLGİLER** |
| Adı Soyadı |   |
| T.C. Kimlik Numarası |   |
| Bölümü |   |
| Eğitim-Öğretim Yılı/Dönemi |   |   |
| Telefon Numarası |   |
| E-posta Adresi |   |
| Adresi |   |
|
| **STAJ YAPILACAK KURUMA AİT BİLGİLER** |
| Kurumun Adı |   |
| Telefon Numarası |   |
| E-posta Adresi |   |
| Web Adresi |   |
| **STAJA YÖNELİK BİLGİLER** |
| Stajın Türü | Temel Staj  | Meslek Stajı  |
| Staj Yapılacak Bölüm |   |
| Stajın Konusu  |   |
| Staj Başlama Tarihi | ……./…..../……. | Staj Süresi: ……… Gün |
| Staj Bitiş Tarihi | ……./……./…….. |
| Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu ve belirtilen tarihler arasında ………. günlük stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamam ya da stajdan vazgeçmem halinde en az 10 gün önceden Fakülte Sekreterliğine bilgi vereceğimi aksi takdirde SGK Prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı beyan ve taahhüt ederim. Öğrencinin İmzası  |
|
|
|
|  ................... ...../...../......  |
|  Öğrencinin İmzası |
| **KURUM STAJ YETKİLİSİ** | **BÖLÜM STAJ YETKİLİSİ**  |
| Adı Soyadı |   | Adı Soyadı |   |
| Unvanı |   | Unvanı |   |
| Telefon Numarası |   | Tarih |   |
| E-posta Adresi |   | İmza |   |
| Tarih |   |
| İmza/Mühür/Kaşe |   |
|