

|  |
| --- |
| İlgili makama,…………………………………………………..Bölümü öğrencisinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını …….iş günü süresiyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.İmza / Kaşe |
| **ÖĞRENCİNİN** |
| **Adı ve Soyadı** |  | **T.C.Kimlik No** |  |
| **Doğum Tarihi ve Yeri** |  | **Cilt No** |  |
| **Bölümü / Programı / Sınıfı** |  | **Öğrenci Numarası** |  |
| **İKAMET ADRESİ VE TELEFONU** |
| **Sokak** |  | **Cadde** |  |
| **Bina/Daire No** |  | **Mahalle/Semt** |  |
| **İli** |  | **İlçe / Köy** |  |
| **Cep Telefonu** |  | **e-posta Adresi** |  |
| **Tedavi yardımından faydalanma durumu (İşaretlenmesi Zorunludur)**Kendi sigortasından Anne-Baba sigortası  Hiçbiri |
| **Staj Süresi (İşaretlenmesi Zorunludur)**30 İş Günü 60 İş Günü Diğer İş Günü (………) |
| **Öğrencilerin Staj Takvimine Uyması Zorunludur (Sizin İçin Uygun Bir Tarih Yazınız.)** |
| Staj Başlama Tarihi | Staj Bitiş Tarihi |
| …./…./20…. | …./…./20…. |
| **\*İşyerinde Cumartesi günü çalışma yapılmaktadır**. Evet Hayır |
| **\*ÖĞRENCİLER STAJ BAŞLAMA TARİHİNİ HAFTANIN PAZARTESİ GÜNÜNÜNDEN BAŞLATMAK ZORUNDADIRLAR.** |
|  |
| **Formu imzalayıp teslim eden öğrenci arka sayfadaki şartları kabul etmiş sayılır.** | **Firma / Kurum Adı ve Adresi: Üretim ve Hizmet Alanı:** |
| **Staj başvurusu kabul edildikten sonra onaylanacaktır. BÖLÜM STAJ ONAYI****……./……./20…. İmza****Staj Komisyon Başkanı** | **Firma / Kurum Telefon ve Fax No: Firma /Kurum Mail:****Firma /Kurum Kaşesi ve İmzası:** |
| **Dikkat!**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| **ÖNEMLİ NOT 1:****ÖNEMLİ NOT 2:**  |