LİĞİ B

|  |
| --- |
|  |
|  Stajımı, uygun bulmanız halinde aşağıdaki işyerinde/ uygun göreceğiniz bir işyerinde yapmayı saygılarımla arz ederim. |
| Adı Soyadı  | :       |  |
| TC Kimlik No | :       |  |
| Öğrenci No | :       |  |
| Sınıfı | :       |  |
| İkametgah Adresi :       |
| Telefon No  | :       |  |
| E-posta | :       |  |
| Öğrencinin Sosyal Güvencesi var mı? ☐ Var ☐ Yok |  |
| Staj Başlama Tarihi | : ..../..../20.... | ..../..../20.... |
| Staj Bitiş Tarihi  | : ..../..../20.... | İmza |

|  |
| --- |
| **ÖNCEKİ YILLARDA STAJ YAPILAN İŞYERLERİNİN ADI VE ADRESİ (Varsa )**      |

|  |
| --- |
| **ŞİMDİ STAJ YAPILACAK İŞYERİNİN** |
| Unvanı | :       |
| Faaliyet Alanı | :       |
| Toplam Çalışan Sayısı | :       |
| Adresi | :       |
| Tel. No  | :       |
| Faks No | :       |
| E-posta  | :       |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİDEN SORUMLU EĞİTİCİ PERSONELİN** | **İŞYERİ YETKİLİSİNİN** |
| Adı Soyadı | **:**       | Adı Soyadı | **:**       |
| Unvanı | **:**       | Unvanı | **:**       |
| İmza |  | İmza - Kaşe |  |

EK: İşyerinden Alınan Staja Kabul Yazısı.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| .. / .. / .... UYGUNDURAdı Soyadıİmza | .. / .. / .... UYGUNDURAdı Soyadıİmza |  | .. / .. / .... UYGUNDURAdı Soyadıİmza |

**Not:** 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uyarınca staj yapan öğrencilerimizin bildirimleri Üniversitemizce yapılacaktır.

Bu formu öğrenci staja başlamadan en geç 10 iş günü önce Dekanlığa / Müdürlüğe teslim eder ve sigorta girişi yapıldıktan sonra staja başlayabilir.