|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEKNİK BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU STAJ VE EĞİTİM UYGULAMA KURULUNA** | | |
| Stajımı, uygun bulmanız halinde aşağıdaki işyerinde / uygun göreceğiniz bir işyerinde yapmamı izinlerinize arz ederim. | | |
| Adı Soyadı | : |  |
| T.C. Kimlik No | : |  |
| Öğrenci No | : |  |
| Sınıfı | : |  |
| Bölümü / Programı | : | |
| İkametgâh Adresi | : | |
| Telefon No | : |  |
| E-posta | : |  |
| Öğrencinin Sosyal Güvencesi var mı? Var Yok | | |
| Teknik Bilimler Öğrencisiyken İlk Staj Başvurunuz mu ? Evet Hayır | | |
| Staj Başlama Tarihi | : .... / .... / 20.... | .... /.... / 20....  İmza |
| Staj Bitiş Tarihi | : .... / .... / 20.... |

**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 | : |
| Öğrenci İşletmeden Ücret Alacak mı? : Evet Hayır | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| .. / .. / ....  UYGUNDUR  Adı Soyadı  Program Koordinatörü  İmza | .. / .. / ....  UYGUNDUR  Adı Soyadı  Okul Sanayi Koordinatörü  İmza |

**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.