|  |
| --- |
| **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 |   |

|  |  |
| --- | --- |
| .. / .. / .... UYGUNDURAdı SoyadıProgram Koordinatörüİmza | .. / .. / ....UYGUNDURAdı SoyadıOkul Sanayi Koordinatörüİmza |

**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.