|  |
| --- |
| **Tarih …/…/20…** |
| **İlgili Makama;** |

|  |
| --- |
| Aşağıda bilgileri yer alan fakültemiz öğrencisinin isteğe bağlı stajını en az 20 en fazla 30 iş günü olarak yapması uygun olup, İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası (staj sigortası) Üniversitemiz tarafından karşılanmaktadır.  Göstermiş olduğunuz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Yetkili Kişinin Adı Soyadı** |
|  | **Ünvanı** |
|  | **İmzası** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN** |  | | |
| **Adı Soyadı** |  | | |
| **Bölümü** |  | | |
| **Öğrenci Numarası** |  | **Öğretim Yılı** |  |
| **E-Posta Adresi** |  | **Telefon No** |  |
| **İkametgâh Adresi** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAJ YAPILAN YERİN** |  | | | | |
| **Adı** |  | | | | |
| **Adresi** |  | | | | |
| **Üretim/ Hizmet Alanı** |  | | | | |
| **Telefon No** |  | | **Fax No** |  | |
| **E-Posta Adresi** |  | | **Web Adresi** |  | |
| **Staja Başlama Tarihi** |  | **Bitiş Tarihi** |  | **Süresi (gün)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN** |  | | |
| **Adı Soyadı** |  | | |
| **Görev ve Unvanı** |  | **İmza/Kaşe** |  |
| **E-Posta Adresi** |  |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ** *(Staj başvurusu kabul edildiği takdirde öğrenci tarafından doldurulur.)* | |
| **Soyadı** |  |
| **Adı** |  |
| **Baba Adı** |  |
| **Ana Adı** |  |
| **Doğum Yeri** |  |
| **Doğum Tarihi** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **S.S.K No** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bu belge üzerindeki bilgilerimin doğru olduğunu bildiririm. |  |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** | **Muhasebe Onayı** |
| İmzası | Sosyal Güvenlik Kurumuna Staja başlama giriş işlemi yapılmıştır |
| Tarih | İmza-Kaşe-Tarih |