**Sayı :** ……………………….. ..../…./…….

**Konu :** Staj Başvurusu

İlgili Makama,

Fakültemiz öğrencilerinin 2023/2024 Eğitim-Öğretim Yılı Bahar döneminde kuruluş ve işletmelerde staj yapma zorunluluğu vardır. Öğrencilerin staj dönemleri süresince tabi olacakları sağlık primi Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını **02/08/2024 ile 29/08/2024** tarihleri arasında **20 iş günü** süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

|  |  |
| --- | --- |
| Uygun Görüşle Arz Ederim.  Bölüm Başkanı | OLUR  .…/.…/20…..  Dekan/Müdür |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN KİMLİK BİLGİLERİ** | | | | | |
| T.C. Kimlik Numarası | | ……………………………………………………...... | | | |
| Adı‒Soyadı | | ……………………………………………………...... | | | |
| Bölüm/Program | | ……………………………………………………...... | | | |
| Sınıfı/Dönemi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Adresi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Telefon Numarası | | Tel: ……………………… GSM:………………………...... | | | |
| E‒posta Adresi | | ……………………………………@………………… | | | |
| SGK Kaydı | | Var | | Yok | |
| **STAJ YERİ BİLGİLERİ** | | | | | |
| Staj Yeri Adı | | ……………………………………………………...... | | | |
| Staj Yeri Adresi | | ……………………………………………………......  ……………………………………………………...... | | | |
| Staj Yeri Üretim/Hizmet Alanı | | ……………………………………………………...... | | | |
| Staj Yeri Yetkilisi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Telefon/E‒posta | | Tel: ……………………… E-posta:………………………...... | | | |
| Staj Yerinin Web Adresi | | ……………………………………………………...... | | | |
| Yukarıda belirttiğim bilgilerin doğruluğunu, aşağıda belirtilen tarihler arasında **20 işgünü** stajımı yapacağımı, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajıma başlamamam ya da stajdan vazgeçmem hâlinde en az 60 gün önceden “Akademik Birim Staj Komisyonu”na yazılı olarak bilgi vereceğimi aksi takdirde SGK prim ödemeleri nedeniyle doğabilecek maddi zararları karşılayacağımı beyan ve taahhüt ederim.  …./…./……  *Öğrencinin İmzası* | | | | | |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencinin kurumumuzda / kuruluşumuzda **20 İşgünü** zorunlu stajını yapması  UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN;** | | | | | |
| **Staj Başlama Tarihi : 02/08/2024** | | | **Staj Süresi : 20 işgünü** | | |
| **Staj Bitiş Tarihi : 29/08/2024** | | |
| **Staj Yeri Yetkilisi**  İmzası : ………………..………  Adı‒Soyadı : ………………..………  Tarih : ………/………/………  Mühür/Kaşe : | **Staj Sorumlusu**  İmzası :………………..………  Adı‒Soyadı :………………..……… | | | | **Staj Komisyonu Başkanı**  İmzası : ………………..………  Adı‒Soyadı : ………………..……… |

**ÖNEMLİ NOT:** Öğrencinin bu formu staja başlamadan önce Akademik Birimin belirleyeceği tarihe kadar “Birim Staj Sorumlusu Öğretim Elemanına” teslim etmesi zorunludur. Bu form 2 asıl kopya olarak hazırlanmalıdır (Kopyalardan biri kurumda/kuruluşta kalacak, diğeri Akademik Birime öğrenci tarafından teslim edilecektir).