

STAJ BİLGİ FORMU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stajyer Öğrencinin | | |
| Adı ve Soyadı |  | |
| Öğrenci No |  | |
| TC Kimlik No |  | |
| Bölümü |  | |
| Akademik Yılı / Dönemi |  | |
| Bağlı Olduğu Sağlık Güvencesi |  | |
| Staj Ders Kodu |  | |
| Staj Gün Sayısı |  | |
| Staj Tarihi | Başlangıç: ………./………./20…… Bitiş: ………./………./20…… | |
| Staj Yapılacak Firmanın (Kurum/Şirket) | | |
| Adı |  | |
| Adresi |  | |
| Telefon No |  | |
| E-mail |  | |
| Yetkili Adı ve Soyadı |  | |
| İşyeri Çalışma Saatleri | Haftaiçi: ………………../……………..... | C.tesi:………………../…………….....  Pazar: ………………../……………..... |

Yukarıda kimlik bilgileri yazılı olan, bölümünüz öğrencisinin işyerimizde staj yapması uygun bulunmuştur.

Gereğini arz ve rica ederim.

**Yöneticinin Adı ve Soyadı**

**İmza ve Kaşe**

**………./………./20……**

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencimizin, belirtilen kurum/şirkette …………….. iş günü staj yapması;

Uygundur

Uygun değildir.

|  |  |
| --- | --- |
| Staj Danışmanı | İmza |
| Bölüm Başkanı | İmza |

\*Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan öğrencilerin staj süresince zorunlu Genel Sağlık Sigortası gideri Üniversite tarafından karşılanır.

Formda yer alan her bölümün eksiksiz ve bilgisayar ortamında doldurulması gerekmektedir.

\*\*Zorunlu staj süresinin aşıldığı durumlarda süre aşımı boyunca sigorta giderleri işveren tarafından karşılanır.

**Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu, uygunluğunu, şahsıma ait olduğunu kabul ve beyan ederim.**

**Adı ve Soyadı: İmza: Cep Tel:**