……/……/………

**İLGİLİ MAKAMA**

Aşağıda bilgileri bulunan öğrencimiz 30 iş günü devam edeceği zorunlu staj yükümlülüğünü gerçekleştirmek üzere kurumunuza başvurmaktadır. Staj süresince ödenmesi gereken iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi Fakültemiz tarafından karşılanacaktır. İlginize teşekkür eder, saygılar sunarız.

**I. Öğrenci Bilgileri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | : …………………………………………………………………… | FOTOĞRAF |
| T.C. Kimlik No | : …………………………………………………………………… |
| Bölümü ve Sınıfı | : …………………………………………………………………… |
| Öğrenci No | : …………………………………………………………………… |
| Tel No | : …………………………………………………………………… |
| E-posta | : …………………………………………………………………… |
| Yakınının Adı Soyadı | : …………………………………………………………………… |
| Tel No | : …………………………………………………………………… |
| Staj Türü | : STAJ I  - STAJ II |
| İmza | : …………………………………………………………………… |

**II. Kurumsal Bilgiler**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma/Kuruluş/Kişi Adı | : ………………………………………………………….. | | | FİRMA/ KURULUŞ/KİŞİ  İMZA, KAŞE, MÜHÜR |
| Adresi | İl ve İlçe | : | |
| Mahalle | : | |
| Cadde/Sokak | : | |
| Bina-Kapı No | : | |
| İşyeri Vergi ve Hesap No | : ………………………………………………………….. | | |
| İşyeri SGK No/Sicil No | : ………………………………………………………….. | | |
| Kuruluş Tarihi ve Personel Sayısı | : ………………………… / ……………………………….. | | |
| Tel No | : …………………………………… Dâhili: …………….. | | |
| E-posta | : ………………………………………………………….. | | |
| ***Öğrencinin çalışmalarını denetleyecek ve değerlendirecek Staj Yürütücüsüne ait bilgiler*** | | | | |
| Adı-Soyadı, Unvanı | : ………………………………………………………….. | | | |
| Görevi | : ………………………………………………………….. | | Mesleği……………………………………………. | |
| Mezuniyet Tarihi ve Diploma No | : ………………………………………………………….. | | | |
| Bağlı Bulunduğu Meslek Odası Sicil No | : ………………………………………………………….. | | | |
| Büro Tescil Belgesi Onay/Geçerlilik Tarihi | : ………………………………………………………….. | | | |
| Staj Yürütücüsünün İmzası | : ………………………………………………………….. | | | |
| Stajın Başlangıç Tarihi | : ………………………………………………………….. | | | |
| Stajın Bitiş Tarihi | : ………………………………………………………….. | | | |
| Stajyeri Cumartesi Günü Çalıştırma Durumu | :  HAYIR -  EVET | | | |
| **Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin; kurumsal bilgileri verilen yetkilinin yürütücülüğünde 30 iş günü staj yapmasını kabul ediyoruz.** | | | | |

**III. Staj Komisyonu Onayı**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Staj Yeri Onayı** | **UYGUNDUR** | **UYGUN DEĞİLDİR** | |
| **Staj Komisyonu Üyesi** | : ……………………………………….. | | **İmza**……………………………………….. **Tarih:** ……/……/……… |

***Staj tarihlerinde yapılacak değişikliklerde, Staja Başlama Formu’nda verilen iletişim adresleri kullanılarak ilgili Bölüme bilgi verilmesi gerekmektedir*.**