

**İLGİLİ MAKAMA**

 Fakültemiz …………………………………... Bölümü öğrencilerinin, öğrenim süreleri içerisinde zorunlu / isteğe bağlı staj yapmaları gerekmektedir. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin ……….. (….) gün kurumunuzda / şirketinizde staj yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

 Dekan Yardımcısı

 Tarih / İmza

Öğrenci Adı / Soyadı :

Öğrenci Numarası :

Öğrenci Sınıfı :

İkamet Adresi :

Telefon Numarası :

Staj Yeri :

Staj Türü : Zorunlu

Sağlık Güvencesi : Anne Baba üzerinden ( ) Kendisi GSS ( )

 Fakülteniz ………………....……... Bölümü öğrencisi ………………………….......’nin kurumumuzda/şirketimizde ..../..../20….-..../..../20.... tarihleri arasında ……….. (....) gün süreyle staj yapması uygun görülmüştür.

Kurum / Şirket Adı : İmza

Adresi : Kurum / Şirket Yetkilisi

Telefon No : Adı Soyadı

Fax Numarası : Görevi

Faaliyet Alanı :

*NOT: \** ***İş kazası geçiren öğrencilerin aynı gün bölümlerine bilgi verme zorunluluğu bulunmaktadır****.*

*\* Öğrencilerimizin SSK primleri Üniversitemizce karşılanmaktadır.*

*\* En geç staja başlama tarihinden 1 gün önce, SSK bildirgesi hazırlanıp öğrencimize onaylı sureti verilmektedir.*

*\* SSK bildirgesinin hazırlanabilmesi için, bu formun staja başlama tarihinden en geç 15 gün öncesinde Fakültemize gönderilmesi gerekmektedir.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*