|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADI - SOYADI** |  | Lütfen bu alana  son 6 ay içerisinde çekilmiş olan bir vesikalık fotoğrafınızı yapıştırınız |
| **FAKÜLTESİ** |  |
| **BÖLÜMÜ** |  |
| **SINIFI** |  |
| **OKUL NUMARASI** |  |
| **T.C. KİMLİK NO** |  |
| **CEP TELEFONU (Kendisinin / Yakınının)** | **/** |
| **E-POSTA** |  |

Yukarıda bilgileri verilen öğrencimizin mezun olabilmesi için Bölümümüz Lisans Eğitim Programında yer alan zorunlu stajını yapması gerekmektedir. Öğrencimizin, Bölümümüzde almış olduğu teorik bilgilere ek olarak pratik bilgi ve becerisini geliştirmek amacıyla, uygun göreceğiniz tarihler arasında **en az … iş günü** süre ile Kurumunuzda staj yapmasına izin verilmesi konusunda göstereceğiniz ilgiden ötürü şimdiden teşekkür ederim.

Öğrencimizin stajını Kurumunuzda yapmasını kabul etmeniz ve staj başlangıç ve bitiş tarihlerini, staja başlama tarihinden **en az 15 gün önce** Bölüm Başkanlığımıza bildirmeniz halinde, stajyer öğrencimiz için, 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereği Sosyal Sigortalar Kurumu Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi düzenlenecek ve **“İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Primi”** …………………….. Fakültesi Dekanlığı tarafından karşılanacaktır.

|  |
| --- |
| **Bölüm Staj Koordinatörü Onayı** |
|  |
| **Tarih:** / /20... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kurum/Kuruluş/Firma Adı** | | **Adresi ve İrtibat Numarası** | | **Stajın**  **Başlangıç Tarihi** | | **Stajın**  **Bitiş Tarihi** | **Staj Süresi**  (İş Günü) |
|  | |  | | / /20... | | / /20... |  |
|  | | | | | | | |
| **İşveren veya Yetkili Kişinin** | **Adı Soyadı** | | **Görevi ve Unvanı** | | İmza, Kaşe ve Tarih | | |
|  | |  | |
| **Sorumlu Mühendisin** (Sadece Mühendislik Fakültesi Öğrencileri için geçerlidir) |  | |  | | İmza, Kaşe ve Tarih | | |

**Cumartesi Çalışıyor mu? Evet ( ) Hayır ( )**

**Resmi Tatil , Dini Bayram ve Arife Günleri Çalışıyor mu? Evet ( ) Hayır ( )**